

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1931

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Maurice LUZUY

Né le 10 décembre 1901 à Aubervilliers (Seine)

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

(ÉTUDE CRITIQUE DES INDICATIONS ET DES TECHNIQUES)

Président : M. JEANNIN, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1931

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1931

THÈSE

No

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Maurice LUZUY

Né le 10 décembre 1901 à Aubervilliers (Seine)

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

(ÉTUDE CRITIQUE DES INDICATIONS ET DES TECHNIQUES)

Président : M. JEANNIN, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1931

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médicale-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	M. VILLARET.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire.	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE Neurologie et Psychiatrie.
AUBERTIN . . . Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri) . . . Pathologie médicale.
BINET . . . Physiologie.
SANNIÉ . . . Chimie biologique.
BROCQ . . . Pathologie chirurgicale.
BRULÉ . . . Pathologie médicale.
CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.
CATHALA . . . Pathologie médicale.
CHABROL . . . Pathologie médicale.
CHEVALLIER. Pathologie médicale.
De GAUDART D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
DOGNON . . . Physique.
DONZELOT. . . Pathologie médicale.
ECALLE . . . Obstétrique.
FEY . . . Urologie.
GARNIER. . . Pathologie expérimentale.
GASTINEL . . . Bactériologie.
GATELLIER . . Pathologie chirurgicale.
GIROUD . . . Histologie.
HARVIER. . . Pathologie médicale.
HOVELACQUE Anatomie.
HUTINEL. . . Pathologie médicale.
JOANNON. . . Hygiène.
LABBÉ (Henri). Chimie biologique.

MM.

LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
LEMAITRE. . . Oto-rhino-laryngologie.
HUGUENIN. . . Anatomie pathologique.
LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
LIAN. . . . Pathologie médicale.
HAZARD . . . Pharmacologie.
MILLOT. . . . Histologie.
MONDOR . . . Pathologie chirurgicale.
MOREAU . . . Pathologie médicale.
MOULONGUET. . . Pathologie chirurgicale.
MOURE . . . Pathologie chirurgicale.
MULON. . . . Histologie.
OBERLING . . Anatomie pathologique.
OLIVIER . . . Anatomie.
PIEDELIEVRE Médecine légale.
PORTES . . . Obstétrique.
QUENU. . . . Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils . Physiologie.
SÉZARY. . . . Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RA-
DOT (Pasteur). Pathologie médicale.
VAUDESCAL . Obstétrique.
VELTER . . . Ophtalmologie.
VERNE . . . Histologie.
VIGNES. . . . Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GUÉNIOT Obstétrique.
LEQUEUX Obstétrique.
LEROUX Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
RETFERER. . . Histologie.
ZIMMERN. . . . Physique.
BUSQUET. . . . Pharmacologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI . . .	Clinique médicale.	HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.
CHIRAY . . .	Clinique médicale.	MATHIEU . . .	Clinique chirurgicale.
DEBRE . . .	Clinique médicale.	MOCQUOT . . .	Clinique chirurgicale.
DUVOIR . . .	Clinique médicale.	PROUST . . .	Clinique chirurgicale.
FIESSINGER .	Clinique médicale.	SCHWARTZ . .	Clinique chirurgicale.
LATIGNEL-LAVASTINE .	Clinique médicale.	LE LORIER . .	Clinique obstétricale.
BASSET . . .	Clinique chirurgicale.	LEVY-SOLAL .	Clinique obstétricale.
CHEVASSU . .	Clinique chirurgicale.	METZGER . . .	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire.	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du tra- vail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Education physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions mises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A Monsieur le Professeur C. JEANNIN

En témoignage de ma respectueuse reconnaissance pour l'honneur qu'il me fait en présidant cette thèse.

A Monsieur le Professeur PIERRE DUVAL

Professeur de Clinique thérapeutique chirurgicale

En témoignage de ma profonde reconnaissance, pour tout ce qu'il m'a appris en chirurgie et en radiologie.

A Monsieur le Professeur RAYMOND GRÉGOIRE

Professeur d'Anatomie Médico-Chirurgale

Hommage de mon admiration et de toute mon affection.

A Monsieur le Docteur EDOUARD MICHON

Chirurgien honoraire des Hôpitaux de Paris

*Dont la science et la bonté ont acquis
mon très respectueux attachement.*

A Monsieur le Docteur LARDENNOIS

Professeur agrégé
Chirurgien de l'Hôpital des Ménages

*Faible témoignage de toute ma gra-
titude.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage

1921. — M. le Professeur GOSSET.
M. le Professeur CHAUFFARD.
M. le Professeur LEMIERRE.

Externat

1922. — M. le Professeur agrégé ALGLAVE.
1923. — M. le Docteur HALBRON.
M. le Professeur agrégé PASTEUR VALLE-
RY-RADOT.
1924. — M. le Docteur JEAN HALLÉ.

Internat Provisoire

1925. — M. le Docteur ROUBINOVITCH, Hospice de
Bicêtre.

Internat

1928. — M. le Professeur PIERRE DUVAL, Hôpital
Vaugirard.
1929. — M. le Professeur GRÉGOIRE, Hôpital Tenon.
1930. — M. le Docteur EDOUARD MICHON, Hôpital
Beaujon.
1931. — M. le Professeur agrégé LARDENNOIS, Hô-
pital des Ménages.

*Auprès de qui j'ai passé tant d'an-
nées heureuses.*

A M. le Docteur ROUVIÈRE
Professeur d'Anatomie à la Faculté de Médecine.

A M. le Docteur DEMELIN
Accoucheur honoraire des Hôpitaux
Professeur agrégé.

MM. les Docteurs AMELINE, DESPLAS, GATELLIER,
GUIMBELLOT, MADIER, Louis MICHON, WIL-
MOTH, Chirurgiens des Hôpitaux.

MM. les Docteurs BÉCLÈRE, PORCHER, Electro-Ra-
diologiste des Hôpitaux.

MM. les Docteurs CATHALA, DESNOYERS, Accou-
cheurs des Hôpitaux.

A MES CONFÉRENCIERS

MM. LE MAUX, BOCAGE, ANDRÉ LEMAIRE.

M. JEAN QUÉNU, Professeur agrégé, Chirurgien
des Hôpitaux ;

M. ALAJOUANINE, Professeur agrégé, Médecin des
Hôpitaux ;

M. MARQUÉZY, Médecin des Hôpitaux.

A M. le Docteur RENÉ GUILLOIRE

DU MÊME AUTEUR

L'Examen radiologique des voies urinaires par l'urosé-
lectan (*Progrès Médical*, 1^{er} novembre 1930).

A propos du diagnostic et des indications thérapeuti-
ques, au cours des comas traumatiques (*Gazette Médi-
cale de France*, 1^{er} décembre 1930).

L'état actuel de la question des hydronéphroses (*Le Bul-
letin Médical*, 18 avril 1931).

INTRODUCTION

Ce travail se défend d'être un écho tardif de la vieille rivalité qui, pendant près de 50 ans, a opposé les « hystérectomistes » aux « laparotomistes ». Il suffirait pourtant d'un peu d'inattention pour qu'il ne paraisse pas autre chose. Des partisans convaincus de la supériorité de la voie vaginale existent encore, puisqu'en 1929, au Congrès des gynécologues de langue allemande, von Toth apportait un plaidoyer éloquent illustré de 942 cas ; puisqu'en Amérique, Kennedy disait en 1927 faire 90 hystérectomies vaginales contre 10 abdominales ; puisque Werner, en février 1921, dans *l'American Journal of Obstetric and Gynecology*, lui consacrait une ardente défense.

Non, nous ne sommes pas une nouvelle recrue pour la vieille phalange. La voie abdominale en gynécologie n'a plus à être aujourd'hui, ni attaquée, ni défendue. Mais la victoire de Terrier, de Doleris, de Delagenière a été si complète que l'on peut se demander si leur

pensée même n'a pas été dépassée, et si la force de l'habitude n'a pas fait oublier plus qu'elle ne le mérite l'ancienne opération ; oubliée, non seulement dans ses indications, mais encore dans sa technique ; en sorte que, le jour où l'on convient qu'il serait préférable d'utiliser la voie basse, on fait quand même une hystérectomie abdominale, « parce qu'on l'a mieux dans la main ».

Depuis quelques années, une réaction heureuse se dessine pour envisager le débat d'une manière plus éclectique. Le monopole de l'hystérectomie vaginale est disputé à ses partisans exclusifs.

Sous l'impulsion de quelques maîtres de la gynécologie française, on tente de sortir de l'ombre l'opération de Récamier et de Péan, non pas pour la dresser à nouveau contre la voie abdominale et recommencer une discussion depuis longtemps close, mais, simplement, pour lui reconnaître droit de cité. Ce droit n'est-il pas légitimé par le seul fait que, de toutes les interventions sérieuses, elle est celle dont les suites immédiates et lointaines sont les plus bénignes et les plus simples ?

Cependant, lorsqu'on la fait admettre, c'est pour s'entendre dire qu'elle vit uniquement des contre-indications de la voie haute. Sans doute, les hystérectomies « obligatoires » de femmes ayant une tare manifeste (obésité, cœur, âge avancé, etc...) doivent être faites par la voie vaginale ; mais il peut s'agir alors d'opérations

extrêmement délicates. « C'est la plus facile ou la plus difficile des opérations » (J. L. Faure). Comment la mènera-t-on à bien le jour où elle sera difficile, et où la vie de la malade en dépendra ? Beaucoup feront des laparotomies, et déploreront la gravité de la chirurgie chez de tels sujets, d'autres ne feront rien ! Il est donc utile d'accepter de faire de temps en temps une hystérectomie vaginale facile, alors que la voie est indifférente, sous le seul prétexte de garder l'habitude de cette opération d'exception. Il y a là une indication peut-être inattendue mais non méprisable. A ceux qui penseront que c'est là de la médecine opératoire, nous répondrons qu'il n'y a pas le choix, puisque l'hystérectomie vaginale est pratiquement impossible sur le cadavre.

Mais il existe heureusement des raisons plus fréquentes pour en conserver la pratique. Ce sont les cas assez nombreux où elle est l'intervention de choix, et où, indépendamment des conditions de terrain, il faut la préférer à la voie haute.

Il ne restera qu'à s'entendre sur la liste de ces préférences. Il faut avouer que, si nous mettions bout à bout la série d'indications isolées par chaque auteur, nous reviendrions à 50 ans en arrière, et ce serait la voie abdominale qui, sur notre papier, redeviendrait l'exception. Pour les uns, elle est la meilleure dans les suppurations pelviennes ; pour d'autres dans l'infection puerpérale ; pour d'autres encore, dans les cancers... ainsi

s'aligneraient tous les chapitres de la gynécologie sauf peut-être celui des gros fibromes !

Nous essayerons d'éviter cet écueil. Nous croyons, avec le Pr C. Jeannin, que le meilleur crible de ces indications, le postulat qui doit présider à leur choix, est la *notion de facilité opératoire*. Ce qui a le plus contribué à faire abandonner la voie vaginale, c'est certainement sa difficulté technique ; des embûches sont tendues à chaque pas : dès le début, la vessie et le rectum ; un peu plus haut, les uretères et surtout les vaisseaux dont le souci d'hémostase a été l'occasion des immenses progrès de l'instrumentation de Péan, et de Doyen. C'est qu'en effet, la moindre faute de technique, due au clamp qui dérape ou qui casse, ne se répare pas ou à grand peine.

Ces difficultés sont au maximum, lorsque l'utérus est, ou trop gros, ou trop friable, ou trop fixe.

Aussi, n'accepterons-nous comme indications vraiment valables, que les affections où l'utérus est d'un volume à peu près normal, d'une consistance offrant des prises solides, et qui descend facilement dans un vagin large.

Malgré ces exigences, nous montrerons qu'on peut trouver plusieurs indications à l'hystérectomie vaginale parmi les lésions chroniques de l'utérus, rebelles au traitement médical ou aux agents physiques, et qui cependant n'offrent pas un caractère de gravité suffi-

sant pour faire admettre la laparotomie, ni pour la faire proposer. C'est le cas du groupe obscur des métrites chroniques, saignantes, purulentes ou douloureuses des femmes ayant passé la ménopause. Il en est de même des grands prolapsus, de même encore de ces cols déchirés et durs qui, malgré des biopsies négatives, laissent encore à l'esprit une arrière-pensée.

C'est parce qu'elle est une petite opération, facile à faire accepter puisqu'on « n'ouvrira pas le ventre », facile à exécuter dans ces cas, aussi simple dans ses suites qu'un curettage banal ou une appendicite à froid, que l'hystérectomie vaginale doit être considérée comme la ressource la plus précieuse de la chirurgie gynécologique d'après la ménopause.

D'autres fois, ce sont les conditions pathologiques locales qui imposent l'idée de la voie basse, parce qu'elle est la plus prudente et la plus logique : tels les petits fibromes en voie de sphacèle, les inversions utérines irréductibles et infectées.

Nous étudierons ensuite d'autres affections pour lesquelles la voie vaginale est plus discutable.

Pour les suppurations pelviennes et pour la plupart des formes d'infection puerpérale nous ne pensons pas que l'hystérectomie vaginale soit la meilleure opération, et nous donnerons là-dessus longuement nos raisons.

Par contre, il nous a semblé qu'on pouvait espérer beaucoup de la voie basse sous la forme opérations de

Schauta ou de Cunéo, *dans le traitement du cancer du col de l'utérus*, à la condition de choisir les cas à évolution vaginale et de faire précéder l'intervention d'une application de radium.

Au point de vue technique, nous n'avons pas la prétention d'apporter de grandes nouveautés sur un sujet épuisé depuis longtemps. Nous entreprendrons une revue critique rapide, pour montrer que la diversité des procédés est une circonstance heureuse, puisqu'elle permet de disposer de plus grandes ressources contre la gamme des difficultés. A chaque affection convient telle technique particulière.

Il faut connaître chacune de ces variantes, pour les cas où des raisons d'ordre général rendent la voie vaginale seule praticable.

Au contraire, lorsque ce sont des raisons locales qui font intervenir, nous ne croyons pas qu'il faille compter avec les techniques compliquées ; elles ne sont pas toujours exemptes de dangers, et, si l'on ne veut pas retomber dans la vieille querelle, il faut admettre, qu'en dehors des indications majeures, l'hystérectomie vaginale doit être claire simple et facile, ou ne pas être.

*
* *

Nous adressons tous nos remerciements à notre cher ami le Dr Régis Michel-Béchet, d'Avignon, qui a bien

voulu nous communiquer 15 observations inédites, et au Dr Chomé, à qui nous devons un cas d'opération de Cunéo pour cancer du col utérin.

INDICATIONS

Les indications peuvent être rangées en 3 groupes.

1° Il y a des indications formelles.

Elles sont réalisées toutes les fois que des arguments sérieux, tirés d'un état général précaire, font rejeter la voie haute, parce que celle-ci est grevée d'une mortalité trop lourde.

2° Il y a des indications utiles, c'est-à-dire où la voie basse doit être préférée à la voie haute.

Mais une condition préliminaire essentielle, véritable postulat doit présider à leur choix : *l'opération doit être facile, sinon il faut la rejeter.*

3° Il y a des indications discutables, où la voie haute et la voie basse présentent chacune des avantages, qu'il convient de comparer.

I

LES HYSTERECTOMIES VAGINALES OBLIGATOIRES

Il est toute une catégorie de malades qui, malgré les soins préopératoires les plus minutieux, paient un lourd tribut à la chirurgie ; MM. Sauvé, et Lambret les ont étudiées dans leurs rapports de 1930 au Congrès de chirurgie.

Les obèses, les hypertendus, les cardiaques mal compensés, les cardio-rénaux à mauvaise urée sanguine, ou à constante d'Ambard au-dessus de 0,100 après une cure de régime ; les sujets porteurs de lésions de sclérose pulmonaire étendue, emphysémateux, tuberculeux fibreux ; les diabétiques. Dans d'autres cas, ce sont les progrès même de l'affection génitale qui ont créé le mauvais terrain : telles, les anémies graves des fibromes ou des néoplasmes utérins, tel l'amaigrissement cachectique avec température à grande oscillation des

suppurations pelviennes qui n'ont pas cédé à la colpotomie. Enfin dans une dernière catégorie, l'âge avancé est à lui seul une cause de moindre résistance.

Lorsqu'on analyse les raisons de la mort post-opératoire chez ces malades, on est amené à reconnaître, sous l'angle spécial de la gynécologie deux facteurs principaux : la position déclive, dite de Trendelenburg, et le choc opératoire. La position de Trendelenburg, indispensable à la plupart des interventions sur le petit bassin est mal supportée par les obèses, les cardiaques, les hypertendus, les scléreux pulmonaires, et tous les auteurs s'accordent pour l'accuser des asystolies aiguës post-opératoires.

Le choc opératoire a pour causes déterminantes principales l'ouverture large du péritoine, l'exposition à l'air et la manipulation des anses intestinales considérablement augmentées par la moindre faute de l'anesthésiste pendant une anesthésie générale. Lors de recherches encore inédites, poursuivies avec notre ami André Lemaire dans le laboratoire du professeur Loeper, nous avons pu noter, en expérimentant sur des chiens, que la chute de la tension artérielle, effet et témoin le plus sensible du choc, était d'autant plus intense, qu'on faisait une brèche péritonéale plus large, et qu'on manipulait avec moins de douceur les anses intestinales et surtout leurs mésos.

Aussi croyons-nous que la bénignité de la voie vagi-

nale comparée à la laparotomie tient à ce qu'elle supprime le facteur de gêne circulatoire en se passant du plan incliné, et d'autre part à ce qu'elle réduit au minimum les gestes déclanchants du choc opératoire.

Il suffit d'avoir vu, au soir de son opération, une malade obèse ayant subi une hystérectomie vaginale, même pénible et longue, pour être persuadé, par son facies et son poulx, que la voie basse doit être préférée sans conteste toutes les fois que l'on a des raisons sérieuses de douter de la résistance de sa malade.

De nombreuses statistiques viennent d'ailleurs en faire foi. Leurs auteurs ne donnent, il est vrai, que des chiffres globaux, sans dire le pourcentage de malades qu'ils ont opérées à cause de leur mauvais état général. Cependant von Toth apportait en 1929 une statistique de 19 ans : sur 940 hystérectomies vaginales, il a eu 20 morts, soit 2,12 0/0. Si l'on retient les deux affections les plus graves, les chiffres sont plus éloquentes encore : 406 opérations de Schauta pour cancer avec 9 morts (soit 2,21 0/0) ; 105 cas pour suppurations annexielles avec deux morts. Kennedy en 1927 disait que la mortalité était pour ces cas dans le rapport de 1 à 15 entre l'hystérectomie vaginale et l'hystérectomie abdominale.

*
* *

Sans doute, il n'est jamais tentant ni sans danger d'opérer de telles malades, et l'on ne s'y décide que la main forcée, et pour des affections graves.

a) *Parmi les fibromes*, seuls seront opérés ceux qui ne peuvent être traités par les agents physiques, c'est-à-dire :

— les fibromes pelviens qui donnent des signes de compressions vésicales, rectales, ou nerveuses ; nous verrons au point de vue technique les difficultés très grandes qu'ils peuvent entraîner ;

— les fibromes infectés ou sphacelés ou dégénérés ; en voici une observation.

Obs. I. — Fibro-myome dégénéré. Femme grasse. Hystérectomie vaginale par morcellement (Dr MICHEL-BECHET).

Très grasse, infiltrée, présente des écoulements vaginaux, depuis 4 à 5 mois : sang et pertes séro-sanguinolentes.

A l'examen, col utérin normal, le corps est gros, du volume de deux poings, mobile.

Intervention : hystérectomie vaginale par section première, après décollement du vagin, des ligaments utéro-sacrés. L'utérus descend assez bien mais à un moment, l'abaissement est limité et nous sommes obligés

de fendre le corps utérin et d'énucléer au doigt une masse qui paraît être un myome.

Dès lors, l'intervention est très facilitée. Pincés à demeure, mèches. 15 juillet 1929.

Suites opératoires sans complication.

Le laboratoire nous donne l'examen histologique suivant : (Dr Noel).

Myome utérin avec réaction fibreuse et présence de nombreuses cellules en voie de dégénérescence.

Revue à plusieurs reprises et dernièrement encore. Etat local et général aussi satisfaisant que possible.

b) *Pour les néoplasmes du col* : le radium peut suffire à beaucoup de cas survenant chez des malades tarés.

Mais il est certain que, si l'on croit devoir parachever le traitement par une hystérectomie, seule l'opération de Schauta, ou l'opération de Cunéo sont possibles. Nous en apporterons plusieurs observations plus loin.

c) *Quant aux néoplasmes du corps*, — qui sont radio-résistants et pour lesquels le seul traitement possible est chirurgical, ils sont une des meilleures indications de la voie basse.

d) *Dans les suppurations pelviennes*. — L'hystérectomie vaginale ne peut être indiquée que dans des conditions rares et très précises — comme l'a bien montré notre collègue Baillis dans sa thèse. Il s'agit de malades, pour lesquelles la colpotomie n'a pas fait tomber

la fièvre, qui s'affaiblissent et maigrissent chaque jour, au point de n'être plus en état de supporter une opération abdominale.

L'intervention, même par voie vaginale, doit d'ailleurs se borner au minimum ; Péan insistait déjà sur la difficulté souvent très grande de telles opérations, et disait que l'essentiel était de « faire sauter la bonde » ; on pourrait même faire moins encore, et *se contenter d'élargir la colpotomie* aux dépens d'une résection du col ou d'une résection cunéiforme de la paroi postérieure, ce que Jayle et Baillis ont appelé les hystérectomies partielles. Conçue de cette façon, c'est-à-dire comme une simple intervention de drainage chez des malades en état de cachexie suppurante, l'hystérectomie vaginale ne rencontre que fort peu d'adversaires ; nous verrons, au contraire, les arguments qui nous feront nous ranger parmi ceux-ci, dès qu'il sera question d'étendre ces indications à d'autres cas.

*
* *

Ainsi le chapitre des hystérectomies obligatoires comporte des indications dont un bon nombre sont *à la limite des possibilités chirurgicales*. Les chirurgiens qui ont perdu l'habitude de songer à l'hystérectomie vaginale se trouvent quelquefois devant ce dilemme : ne rien faire, ou faire courir un risque énorme. Sans doute

l'abstention opératoire reste la sagesse lorsqu'on garde l'espoir de l'action du radium sur un néo du col, des Rayons X sur un fibrome, ou d'une colpotomie mieux placée sur une collection pelvienne. Mais, lorsque l'indication opératoire est formelle, c'est bien dans la voie vaginale que réside le seul espoir de succès.

On peut cependant élever une dernière objection, celle des difficultés de l'opération dans ces cas. Il peut paraître en effet bien osé de se jeter dans de telles difficultés, si l'on n'a pas l'habitude de l'hystérectomie vaginale. Sans doute, et c'est pourquoi il nous semble qu'on devrait être un peu moins économe de ses indications. Si, de temps en temps, on donnait la préférence à la voie basse, lorsque la laparotomie n'est pas absolument indispensable, on garderait présent à l'esprit et aux doigts les détails d'une technique bien réglée, pour le jour où la vie d'une malade dépend de la sûreté de son exécution.

II — LES HYSTÉRECTOMIES VAGINALES UTILES

Un principe essentiel conditionne cette préférence :
la facilité de l'opération.

Dès l'instant où l'indication de la voie vaginale n'est pas la conséquence logique et formelle d'une tare d'ordre général, nous croyons qu'il ne peut être question de conserver cette opération, que si elle présente de réels avantages. On est en droit de lui demander une sécurité au moins égale à celle que donne la voie abdominale, au double point de vue de l'hémostase et de la libération des adhérences.

Au point de vue de l'hémostase, il suffit de lire dans l'Œuvre de Péan ou de Doyen les soucis constants qu'elle leur a causés, les soins qu'ils y ont apportés, et les ennuis qu'elle leur a donnés malgré tout, pour ne plus vouloir courir délibérément de tels risques. Dans les statistiques des chirurgiens modernes les plus entraînés à la voie vaginale, on voit, parmi les rares accidents, un pourcentage d'hémorragies post-opératoires, telles

qu'il en est rarement observé, du moins d'avouées, dans les suites de l'hystérectomie abdominale.

Au point de vue de la libération des adhérences de l'utérus et des annexes avec les anses intestinales, le procès de la vaginale est perdu depuis longtemps. On ne saurait plus comparer sérieusement la facilité et la clarté des opérations par laparotomie, aux dangers que font courir aux tuniques intestinales la libération, par voie vaginale, de ces adhérences. En outre, la vérification des lésions qu'a pu créer cette libération est à peu près impossible.

Ce serait donc revenir en arrière d'oublier que le succès et la prépondérance rapide de la voie abdominale tiennent à la sûreté que donnent la ligature anatomique des vaisseaux et la vision directe de l'état des anses intestinales.

Pour n'être pas l'opération aveugle, justement condamnée, et pouvoir soutenir la comparaison avec la voie haute sur le terrain de la sécurité, l'hystérectomie vaginale doit se limiter à des cas choisis, qui répondent à cette condition indispensable : *un utérus mobile, peu volumineux et dont les pédicules sont facilement extériorisés.*

Si ces desiderata sont remplis, l'hystérectomie vaginale devient une opération excellente, puisqu'elle ajoute à la sécurité de l'hystérectomie abdominale ses avantages propres, qui sont la bénignité et l'absence de choc.

Malgré ces restrictions sévères, nous allons trouver un nombre assez grand de cas pour lesquels l'hystérectomie vaginale est *l'opération de choix*.

- 1° Certains prolapsus utéro-vaginaux ;
- 2° Certaines affections utérines chroniques post-ménopausiques ;
- 3° L'inversion utérine irréductible.

1° Les prolapsus

Pour deux variétés de prolapsus, observées *après la ménopause*, on peut discuter l'utilité de l'hystérectomie vaginale :

- 1° Les grands prolapsus utéro-vaginaux ;
- 2° Les prolapsus avec hypertrophie cervicale et métrite chronique.

Les grands prolapsus utéro-vaginaux des femmes âgées sont une des indications admises par beaucoup de chirurgiens, et même parmi les plus opposés à la voie vaginale.

Deux autres opérations pourraient être envisagées.

La colpopérinéoraphie suivie d'une hystéropexie abdominale. Dans les cas qui nous occupent, de femmes ayant passé la ménopause, elle ne paraît pas devoir être retenue, car elle exige deux temps opératoires, dont l'un, la laparotomie, est un danger supplémentaire inu-

tile, puisqu'il existe d'autres procédés permettant d'obtenir aussi bien à moins de frais.

L'opération de Lefort, opération excellente et plus simple que l'hystérectomie vaginale, ne comporte qu'une seule réserve, mais plus fréquente qu'on ne le croit, celle de n'être pas toujours acceptée.

Quant à sa variante : la colpectomie totale sans rigoles latérales décrites par Müller et appliquée en France par Savariaud, Dujarier et Larget, elle comporte le même inconvénient, en y ajoutant celui d'enfermer complètement un organe, qui peut présenter des lésions suintantes actuellement ou dans l'avenir.

L'opération de Lefort, lorsqu'elle est acceptée, pourrait donc seule être préférée à l'hystérectomie vaginale. Mais d'autres objections viennent encore restreindre ses possibilités. C'est l'existence d'ulcérations du vagin et surtout l'hypertrophie et l'allongement du col ulcéré et métritique. L'opération de Lefort nécessite alors un temps complémentaire de résection du col par un des procédés de Schroeder, de Simon Marckwald, ou par amputation supra-vaginale. Or, ces procédés sont quelquefois d'exécution délicate, et présentent des risques d'hémorragie qui les rendent à peine moins bénins qu'une simple hystérectomie vaginale.

L'hystérectomie vaginale suffit-elle, à elle seule pour guérir le prolapsus génital ?

Certains auteurs, comme Kennedy, l'affirment et pré-

tendent que l'emploi de larges clamps à demeure et le méchage du vagin favorisent l'apparition de tissus de sclérose qui s'opposent à une nouvelle chute du vagin et de la vessie.

D'autres pensent au contraire qu'une colpectomie, avec colporaphie et périnéoraphie sont nécessaires, Péan, Pozzi, Doyen, faisaient ainsi, et après eux la plupart des chirurgiens modernes.

Sans doute, toutes les fois qu'elle est possible avec un semblant de muscle releveur, la périnéoraphie assure une qualité de résultat supérieur. Mais il n'est pas rare de voir des périnées effondrés, avec des muscles complètement atrophiés, ne laissant aucune possibilité de réfection, comparables à ces énormes hernies inguinales pour lesquelles on est obligé à des plasties. Ici, le seul espoir de plastie est dans l'apparition d'un tissu de sclérose, et, nous avons vu dans ces cas notre maître M. Lardenois faire une large colpectomie, une hystérectomie vaginale et un méchage soigneux du vagin, avec d'excellents résultats : 15 jours après l'intervention, le fond du vagin est comblé par une cicatrice épaisse et solide, qui maintient parfaitement la poussée abdominale. Ainsi l'hystérectomie vaginale reste l'opération de choix, parce que toujours applicable, même aux cas les plus graves de prolapsus génitaux.

**2° Certaines affections utérines chroniques
survenant au moment de la ménopause
ou après celle-ci**

Il faut les discuter en plusieurs chapitres :

- a) Les métrorragies de la ménopause ;
- b) Les utérus saignants après la ménopause ;
- c) Les métrites chroniques avec rétroversion douloureuse ;
- d) Les malformations acquises du col utérin.

Deux conditions peuvent amener à songer à l'utilité d'une ablation vaginale de ces utérus :

- *la résistance aux traitements médicaux.*
- *la crainte du cancer.*

A. — Les métrorragies de la ménopause.

Elles sont fréquentes, mais il est peu de cas où leur persistance, l'altération de l'état général — malgré l'absence de fibrome et de lésions annexielles, malgré un curettage destiné à éliminer l'existence de polypes, — mettent la vie de la malade en danger et obligent à prendre une décision thérapeutique plus grave.

Deux traitements peuvent alors être proposés :

Soit l'application locale intra-utérine de radium.

Soit l'hystérectomie.

La plus grande simplicité du premier ne doit pas, à notre avis, le faire toujours préférer. On lui a reproché

lorsqu'il n'est pas très bien appliqué, de donner des scléroses vulvo-vaginales, des troubles endocriniens rapides et intenses, de l'obésité, par l'installation d'une ménopause brutale. Mais il faut faire au radium un reproche autrement sérieux ; c'est que « *ces utérus qui saignent beaucoup à l'époque de la ménopause peuvent être souvent ultérieurement le siège de cancer du corps* » (Lecène). Les hémorragies peuvent même être déjà la manifestation d'un cancer au début. Or, sur ce cancer à type cylindrique, on sait bien aujourd'hui que le radium est sans action.

Il y a donc un gros avantage, si les symptômes entraînent à une thérapeutique active, à supprimer radicalement l'utérus, et il est à peine besoin d'ajouter que l'hystérectomie abdominale, *qu'il faudrait faire totale*, présente une gravité bien supérieure à celle de l'hystérectomie vaginale.

B. — Les utérus saignants après la ménopause.

Dans les traités classiques, ils comprennent un groupe d'affections assez disparates, dans lequel on trouve : la *métrite sénile* caractérisée par des écoulements muco-purulents fétides dès le début de leur apparition (Siredey) et quelquefois mêlés de sang, la *métrite angiomateuse* de Quénu, la *métrite polypeuse*, les utérus *étiquetés fibromateux* sur leur dureté et sans augmentation notable de

volume, et enfin, dominant toutes les autres affections par sa fréquence redoutée : *le cancer du corps de l'utérus*.

Cliniquement, les choses doivent être beaucoup simplifiées : *l'ancienne métrite hémorragique est progressivement démembrée au profit du cancer*.

Le diagnostic ferme de métrite sénile n'est porté avec certitude qu'après sa guérison par un curettage. D'autre fois, elle se complique de rétention purulente intra-utérine ou pyométrie ; d'autres fois, Maurange, de Rouville, l'ont accusée d'avoir subi la dégénérescence cancéreuse. A leur propos, J. F. Faure écrivait récemment : « d'ailleurs, que valent ces utérus qui, chez ces vieilles femmes, saignent ou suppurent, même s'ils ne sont pas cancéreux ? — Ils ne valent pas grand chose et quand on voit la facilité avec laquelle on sacrifie un utérus chez des femmes jeunes parce qu'elles saignent par quelque fibrome — et surtout parce qu'elles souffrent de vieilles annexites je ne vois pas qu'il faille s'embarasser de tant de scrupules chez une vieille femme, dont l'utérus a perdu sa fonction et contient, parfois, un germe de mort ».

Le diagnostic de métrite polypeuse ne peut-être admis, lui aussi, qu'après guérison par dilatation et curettage. Mais il est souvent suspect. « Il faut se méfier de ceux des polypes qui ont une apparence sessile, s'insérant sur la muqueuse par une implantation large ; quelques-

uns saignent abondamment au contact du doigt, et on sent à leur surface quelques nodules indurés, qui caractérisent nettement des nodules épithéliomateux. Il est prudent, même quand on ne perçoit pas d'induration, de les examiner au microscope » (Siredey). Leur dégénérescence est donc possible, et Bonnet et Brilliard en citaient des exemples dans un article des *Annales d'anatomie pathologique* de décembre 1930.

Enfin, les diagnostics de métrite angiomateuse ou vilieuse, de « fibromatose » sans augmentation notable du volume de l'utérus, ne doivent être admis qu'avec les plus grandes réserves : ils sont uniquement des diagnostics d'élimination.

MM. Grégoire et Claude Beclère ont montré le parti qu'on pouvait tirer chez de telles malades d'injection de lipiodol intra-utérin. Elle ferait apparaître, en un point de la cavité utérine, l'image de la petite tumeur vers laquelle il faut guider la curette pour que le curettage soit positif.

Donc, un très grand nombre de ces « métrites hémorragiques » doivent être considérées comme des états précancéreux, et un plus grand nombre encore sont de véritables cancers du corps utérin. — « On peut poser en principé, dit M. J. L. Faure, que, lorsqu'une femme qui n'a plus ses règles, voit réapparaître d'une façon continue des écoulements de sang ou de liquide plus ou moins septique ou sanguinolent, il y a 9 chances

sur 10, si elle n'a rien au col, pour que ces écoulements anormaux soient dus à un cancer du corps utérin ».

Le cancer du corps est donc une affection très commune et M. J. L. Faure va plus loin encore. Il s'élève contre les méfaits du curettage explorateur : « s'il est positif, dit-il, il ne sert à rien puisqu'il ne fait qu'engager plus encore à une opération déjà décidée. S'il est négatif et fait renoncer à toute opération, il est nuisible en empêchant l'ablation d'un utérus qui 9 fois sur 10 est cancéreux ».

Ajoutons vite que c'est parce qu'il préconise dans ce cas l'hystérectomie vaginale, que M. J.-L. Faure peut lui reconnaître des indications aussi étendues.

Parmi beaucoup d'autres exemples, choisissons les 4 observations suivantes, dues à l'obligeance de notre ami le Dr Régis Michel-Béchet :

Obs. I. — Métrite hyperplasique. Hémorragies abondantes. Hystérectomie vaginale. Guérison depuis 2 ans.

Mme Et..., 44 ans. Elle est dans un état d'anémie extrêmement avancé, de couleur cireuse ; elle est sans force et dyspnéique au moindre effort.

Elle présente depuis quelques mois des hémorragies utérines extrêmement abondantes. A l'examen physique on trouve un col dur, fibreux, sans infiltration des culs-de-sac. Le corps utérin est gros, globuleux et mobile. Une biopsie, prise à l'intérieur du col ou à la partie

inférieure du corps et adressée au Dr Noël, nous donne la réponse suivante : « Les fragments sont constitués par du tissu fibreux recouvert par un épithélium cylindrique. Le tissu fibreux, très œdématié, est infiltré, en particulier dans la zone sous-épithéliale, par des éléments inflammatoires ; contient, de plus, d'assez nombreux diverticules glandulaires d'apparence normale en général.

L'épithélium de surface, adénomateux par places, revêt ailleurs une certaine atypie. Sur des fragments, en particulier, au dessous des cellules cylindriques superficielles, existent sur plusieurs rangées des éléments plus ou moins polyédriques, à noyaux de tailles inégales, reliés les uns aux autres par des ponts intercellulaires. On trouve tous les intermédiaires entre les deux catégories. Cette métaplasie épidermoïde d'un épithélium cylindrique est assez suspecte. On la retrouve jusque dans certains culs-de-sac glandulaires.

Vues dans leur ensemble, les lésions constatées dans les trois fragments sont celles d'une métrite hyperplasique, mais étant donné la métaplasie constatée, l'évolution ultérieure doit, à notre avis, être suivie de très près au point de vue d'une dégénérescence néoplasique à une plus ou moins longue échéance ».

Avant l'intervention, l'examen du sang révèle.

- 1° Un temps de saignement de trois minutes ;
- 2° Un temps de coagulation de 9 minutes ;

3° L'absence de rétraction du caillot et un début de sédimentation des hématies.

Intervention le 16 mars 1929 : après 5 jours de désinfection vaginale. Hystérectomie vaginale sans ouverture de l'utérus assez difficile au moment de la bascule du corps utérin, plus volumineux que ne l'indiquait l'exploration clinique. Pincés à demeure, mèches imbibées de bouillon vaccin. Suites très simples, apyrétiques.

L'ouverture de la pièce après l'intervention a montré la cavité utérine remplie de masses polypoïdes muqueuses.

La malade revue à intervalles réguliers n'a présenté aucun trouble local ou général.

Obs. II. — *Métrite hémorragique avec utérus augmenté de volume.*

Mme Gu..., Jeanne, 45 ans. Entre à la Clinique le 20 juillet 1930. Il s'agit d'une femme qui a maigri d'une manière considérable et présente des pertes sanguinolentes extrêmement fréquentes. Elle se plaint aussi de douleurs continues dans le petit bassin.

À l'examen physique le col est normal, mais le corps utérin est gros. Il n'y a rien dans les culs-de-sac.

Après désinfection vaginale, hystérectomie vaginale ordinaire, sans héli-section. Pincés à demeure sur les pédicules. Mèches.

Quoique le corps utérin soit très gros, intervention

très facile. La malade a eu des suites apyrétiques, sauf un jour (le 4^e) où elle a présenté 39° et une parotidite. L'examen de la pièce nous montre un très gros corps utérin, donnant à la coupe une impression d'utérus sarcomateux.

Un fragment examiné par Mlle Dobkewicht n'a pas montré de néoplasie.

Quoiqu'il ne s'agisse pas de néoplasme au point de vue histologie, la malade a cependant bénéficié d'une manière considérable de l'intervention.

Nous l'avons revue le 1^{er} avril 1931, avec son médecin traitant le Dr Roussin : elle ne présente plus de douleurs, plus de pertes, a engraisé de 16 kg.

Obs. III. — Métrite hémorragique, gros corps utérin, prolapsus.

Mme B..., 48 ans. Pertes séro-sanguinolantes. Amaigrissement.

A l'examen local prolapsus. Gros corps utérin très mobile.

Entre à la Clinique le 26 novembre 1930. Opérée le 22 décembre après désinfection vaginale.

Hystérectomie vaginale très facile. Ligature sur les pédicules. Fermeture du cul-de-sac vaginal. On change ensuite d'instruments et de gants et on refait le périnée par un bon adossement des releveurs.

Suites très simples. La malade, revue, va très bien,

Obs. IV. — *Polypes récidivants et suspects de dégénérescence. Hystérectomie vaginale. Guérison depuis 2 ans.*

Mme D..., âgée de 48 ans. Depuis 13 ans elle a des règles abondantes. Depuis 18 mois de véritables hémorragies menstruelles qui l'obligent à rester au lit. Enfin depuis trois mois, pertes de sang entre les règles.

On trouve un gros polype accouché par le col. Ce polype examiné, est un fibromyome présentant, en certains points, de l'atypie cellulaire et devant être surveillé au point de vue malignité. Cette malade qui a déjà été opérée deux fois pour des polypes du col, il y a 14 ans et il y a 4 ans, demande à être débarrassée de son utérus.

Le 8 janvier 1929. Désinfection vaginale plusieurs jours à l'avance, mèches formolées. Intervention le 18 janvier 1929. Désinsertion vaginale postérieure, on ouvre le Douglas. On sectionne les ligaments utéro-sacrés. Désinsertion vaginale antérieure difficile. L'utérus ne s'abaisse pas. La vessie est extrêmement adhérente au col. On poursuit la dissection au ras du tissu utérin jusqu'au cul-de-sac vésico-utérin. Hémi-section à la Doyen en cautérisant à chaque fois la cavité utérine au thermo-cautère. On continue l'hémi-section jusqu'au fond de l'utérus qui ne s'abaisse pas. On pratique alors la section de la paroi postérieure de l'utérus on obtient

ainsi deux moitiés dont on pourra pincer les pédicules, mais qui ne sont pas très mobiles. On place comme on peut les pinces au ras de l'hémi-utérus gauche, de haut en bas. Cette portion de l'utérus enlevée on a alors assez de jour pour disposer les pinces comme il convient du côté de l'hémi-utérus droit. Pinces à demeure, deux mèches. Suites très simples, la malade ne fait pas 38°. Revue à plusieurs reprises et tout dernièrement, elle est en parfaite santé.

C. — Les métrites chroniques avec rétroversion douloureuses.

Grandes multipares à col déchiré et donnant d'abondants écoulements purulents qui déterminent souvent un prurit vulvaire ou de l'intertrigo ; à utérus lourd, douloureux, basculé dans le Douglas où il occasionne de la constipation, des douleurs sacrées, et par retentissement sur l'état général réalisent au maximum les troubles fonctionnels nerveux et gastriques sur lesquels Pozzi a insisté.

C'est sur la rétroversion qu'il faudrait agir pour obtenir une amélioration notable. Au delà de quarante ans, l'ablation vaginale de tels utérus ne donnera-t-elle pas, avec le minimum de dangers, une guérison parfaite à ces malades ?

D. — Les malformations acquises du col utérin.

a) *L'hypertrophie folliculaire suintante*, ce que les américains appellent « *abused cervix* » ; sans chute de l'utérus, le col peut atteindre la vulve ; il donne un écoulement abondant, quelquefois teinté de sang ; au toucher il est considérablement allongé, de consistance ferme, souvent ulcéré.

De nombreuses interventions ont été proposées pour les traiter : l'amputation biconique de Simon Markwald ; l'amputation partielle de Schroeder, avec les variantes de Doleris, de Houzel ; l'amputation supra vaginale du col, le procédé de Bouilly, celui de Pouey et Forgues ou évidemment conoïde du col. La multiplicité de ces techniques doit déjà rendre prudent dans l'appréciation de leur valeur.

Pinard et Groefe se sont élevés violemment contre leur emploi chez les femmes jeunes mais, nous ne voulons retenir pour les cas qui nous occupent que 2 objections. Ils ne font que des ablations partielles du col, laissant les récides possibles et ne s'occupent pas du corps utérin malade lui aussi. Ils exposent aux hémorragies. Si on ajoute qu'ils sont d'exécution technique souvent aussi délicate qu'une hystérectomie vaginale, nous n'aurons pas de peine à expliquer pourquoi nous donnons la préférence à celle-ci.

b) *Les gros cols suspects de cancer.*

Gros cols déchirés, violacés, durs par endroits, et pour lesquels il suffirait d'un saignement nettement provoqué par le doigt pour qu'on affirme le cancer au début ; on pratique néanmoins une biopsie, mais, même si elle apporte une réponse négative, elle n'apporte pas une tranquillité absolue à l'esprit.

Certains chirurgiens ont considéré ces formes comme des états précancéreux, et nous croyons qu'il suffit d'accepter le nom, de mettre en balance le danger que court la malade, et le peu de gravité de l'hystérectomie vaginale, pour que la conclusion s'impose.

En résumé, ces affections chroniques, irréductibles par le traitement médical, ou pour lesquelles on ne peut éliminer avec certitude le cancer, soit immédiatement, soit dans l'avenir, relèvent de la chirurgie. Mais c'est à la condition que l'acte opératoire ne soit pas disproportionné aux troubles observés, à l'âge et à la résistance des malades.

Ces conditions sont remplies par la simplicité de l'hystérectomie vaginale.

3° **L'inversion utérine.**

C'est une affection très rare, dont nous avouons n'avoir aucune expérience personnelle. Cependant, les ouvrages que nous avons pu consulter, et surtout la lecture de

quelques observations détaillées (thèse de Fresson, observations de Miniac, de Murard) nous montrent clairement que l'hystérectomie vaginale, pour être un procédé thérapeutique d'exception, n'en a pas moins quelques indications très précises.

a) *Dans les inversions puerpérales.*

Les inversions récentes doivent être aussitôt réduites par les manœuvres de taxis classiques, analogues à celles de la réduction d'un paraphimosis.

Les inversions anciennes, c'est-à-dire datant de quelques jours, et il en a été publié de 19 jours, résultent non seulement de l'impossibilité mécanique de la réduction, mais surtout de ce fait que chaque tentative provoque une hémorragie, et qu'on remet plusieurs fois au lendemain la manœuvre utile.

Lorsque la malade est amenée à l'accoucheur ou au chirurgien, il reste à celui-ci le choix entre deux procédés : l'hystérotomie et l'hystérectomie.

La colpohystérotomie postérieure de Kustner a permis de très nombreux succès; et l'hystérectomie ne vit que de ses impossibilités. Mais celles-ci sont assez fréquentes si l'on tient compte qu'il s'agit d'inciser, de retourner, de suturer et de remettre dans le ventre un organe qui a séjourné plus ou moins longtemps dans le vagin et à la vulve, dont les parois sont tuméfiées, saignantes, et pour lequel les manœuvres d'asepsie sont très douteuses.

Luzuy

Aussi Cadenat et Murard ont-ils pu dire qu'il était souvent préférable, en présence d'une inversion un peu ancienne, d'enlever l'utérus, que de vouloir faire de la conservation à tout prix.

b) *Dans les inversions non puerpérales*, dont la cause essentielle est le polype pédiculé du fond de l'utérus qui attire et éverse celui-ci, les indications doivent être tirées : du degré de l'inversion et de l'âge de la malade.

Pour les inversions accentuées et totales chez les femmes de plus de 45 ans « la conservation de l'utérus paraît devoir être plus nuisible qu'utile ; l'hystérectomie est la dernière ressource » (J. L. Faure).

Dans de tels cas, l'hystérectomie abdominale a été quelquefois pratiquée (Chaput), mais la majorité des gynécologues donnent la préférence à l'hystérectomie vaginale. N'est-ce pas en effet, l'indication la plus évidente puisqu'il s'agit d'un organe septique, déjà extériorisé et facile à enlever sans danger, à la seule condition de vérifier qu'aucune anse intestinale n'est engagée dans l'infundibulum utérin.

III — LES HYSTÉRECTOMIES VAGINALES DISCUTABLES

Il faut comparer les avantages réciproques de la voie haute et de la voie basse.

- 1° Pour les cancers de l'utérus ;
- 2° Pour les suppurations pelviennes ;
- 3° Pour l'infection puerpérale ;
- 4° Pour les chorios-épithéliomas ;
- 5° Du point de vue esthétique.

I. — Les cancers

A. — Cancer du corps.

Son diagnostic de certitude repose avant tout sur le curettage biopsique. Or, le curettage comporte deux dangers : l'un, minime, celui de provoquer une poussée d'infection pelvienne (J. L. Faure) ; l'autre, beaucoup plus grand, celui de donner quelquefois une réponse négative erronée. Nous avons insisté plus haut sur la

fréquence extrême de ce cancer parmi les affections du corps de l'utérus apparues après la ménopause.

Il faut toujours le soupçonner derrière un diagnostic de « métrite hémorragique », et déterminer sa conduite en jouant sur cette fréquence bien plus que sur les résultats du curettage. Le doute, la présomption clinique, doivent toujours faire pencher en faveur de l'intervention. Lorsque le diagnostic est fermement établi par une biopsie positive on peut n'avoir aucun regret à proposer une hystérectomie abdominale totale dont l'utilité s'impose. Mais, cette opération serait disproportionnée dans les cas douteux, et c'est un des grands bienfaits de l'hystérectomie vaginale, de permettre d'étendre le champ de ces indications. Les observations que nous avons citées au chapitre des métrites hémorragiques, illustrent cette manière de voir.

Voici maintenant 3 cas où le curettage a donné une réponse positive, et où l'hystérectomie vaginale a été pratiquée, une fois à cause de l'état général et deux fois à cause de la facilité que promettait le volume de l'utérus.

Obs. I. — *Néoplasme du corps utérin. Mauvais état général. Hystérectomie vaginale. Guérison depuis 2 ans.*

Mme Ch..., 47 ans. Mauvais état général, pertes sanguines et purulentes depuis 6 mois. Par le curettage explorateur on a prélevé quelques fragments dans le

corps de l'utérus. Le laboratoire Ranq et Senez fait le diagnostic de néo certain du corps de l'utérus.

L'examen physique montre un utérus *de volume moyen, parfaitement mobile*. Elle entre à la maison de santé le 2 mai 1929. Elle est opérée le 11 mai. Entre temps elle est préparée à l'intervention par une désinfection locale minutieuse, instillations de bouillon vaccin et mèches imbibées de bouillon vaccin dans le vagin.

Intervention : hystérectomie vaginale ordinaire, sans section de l'utérus, très facile. Pincés à demeure, mèches. Suites opératoires très simples. La malade a été revue depuis tous les 4 ou 5 mois, l'état général et local sont parfaits, elle a engraisé de plusieurs kilos.

Obs. II. — Néoplasme du corps utérin Hystérectomie vaginale.

Mme P..., âgée de 49 ans.

Il s'agit d'un néo du corps utérin confirmé par le lipiodol intra-utérin et l'examen biopsique.

Elle entre à la clinique le 15 septembre 1930. Désinfection vaginale. Hystérectomie vaginale simple sans hémi-section. Le corps utérin bien que assez gros est facilement accouché. Pincés à demeure sur les pédicules ; mèches.

Suites parfaites. Revient tous les deux à trois mois se faire examiner. Jusqu'à maintenant l'état local est normal.

Obs. III. — Placentome malin.

Mme B..., 21 ans.

Pertes discontinues depuis son accouchement. L'exploration de la cavité utérine ramène des débris. L'examen histologique nous révèle qu'il s'agit d'un placentome malin.

Le 18 septembre 1929. Hystérectomie vaginale simple, sans ouverture de la cavité utérine. Suites parfaites. Revue depuis lors, bon état général et local.

B. — Cancer du col.

C'est un des points où la discussion des indications de la voie basse nous paraît offrir le plus d'intérêt. Lorsqu'on suit l'évolution des idées à propos du traitement du cancer du col, on voit que les précurseurs de l'hystérectomie vaginale en avaient beaucoup espéré ; ils rejetaient l'idée d'enlever par l'abdomen une masse intra-vaginale suintante et manifestement hyperseptique ; aussi se contentaient-ils d'abréger au thermo-cautère le bourgeon néoplasique, puis faisaient une hystérectomie vaginale sans ouvrir l'utérus ; lorsqu'ils opéraient assez tôt, ils ont obtenu quelques rares succès.

Mais les travaux de Wertheim sont venus reléguer ces procédés dans l'arsenal des vieilleries. Ils apportaient une opération rationnelle, basée sur la connaissance anatomique des voies de propagation du néoplasme ; ils furent acceptés et appliqués d'enthous-

siasme. Bien vite quelques-uns parmi les vieux chirurgiens furent cependant émus de la grosse mortalité opératoire, atteignant 15 à 25 %, et des récidives frappant un grand nombre des survivantes. C'est dans son pays d'origine que Wertheim fut le plus attaqué. Schauta reprit la voie vaginale en lui apportant des modifications techniques qui permettaient d'enlever l'utérus en vase clos, le col, enfermé dans une collerette vaginale, et une partie de paramètre ; il a rallié dans cette réaction un assez grand nombre de chirurgiens viennois.

En France, à de rares exceptions près, on restait fidèle au Wertheim. Et M. J. L. Faure contribuait à améliorer les statistiques en vulgarisant l'emploi du drainage à la Mickulicz. Cependant, la gravité du Wertheim impressionnait encore les esprits, puisque MM. Cunéo et Picot mettaient au point une nouvelle technique d'extirpation par voie basse, variante du Schauta, qu'ils appelaient l'hystérectomie périnéale, tandis que d'autres auteurs (Quénu, Mocquot) faisaient précéder l'opération de Wertheim d'un temps vaginal préparatoire, destiné à enfermer le col dans le dôme vaginal disséqué.

Enfin le dernier point, et un des plus importants de l'histoire du traitement de ce cancer, est la mise au point de l'application du radium. D'abord réservé aux cas inopérables, puis employé par quelques-uns systématiquement et exclusivement, il venait encore faire perdre du terrain à l'opération de Wertheim. Mais, il

semble que son application la plus intéressante soit son association avec la Chirurgie.

L'idée d'associer le radium et l'exérèse vaginale par une opération du type Schauta ou Cunéo nous paraît extrêmement attachante, parce qu'elle réunit à une très faible mortalité opératoire des chances très acceptables de bons résultats lointains.

Si nous reprenons en détail les dernières statistiques de l'opération du Wertheim, nous y voyons qu'en 1927 le *British medical Journal* apporte une statistique de compilation globale, portant sur 80.000 cas avec 17,3 % de morts.

Des chiffres plus détaillés sont fournis en France par :

Begouin. . . .	75 cas	6 morts	8 %
Violet	26 cas	4 morts	15 %
De Fourmestaux.	27 cas	8 morts	26 %
Albertin. . . .	310 cas	68 morts	21,9 %
Leveuf	19 cas	7 morts	36 %

En Angleterre :

Bonney	100 cas	20 morts	20 %
Peterson	47 cas	14 morts	29 %
Cobb	60 cas		11,6 %
Davis	20 cas	3 morts	20 %

En Europe centrale :

Bümm	157 cas	21 morts	13,5 %
Mayer	347 cas	68 morts	19,8 %
Giesceke.	224 cas	44 morts	19,6 %
Sweifel	281 cas	15 morts	5,3 %
Sussmann	168 cas	6 morts	3,5 %
Dolsgaard Nielsen.	26 cas	9 morts	34 %

Il est donc net que l'opération de Wertheim est grave. Quelques chirurgiens ont réussi à abaisser sa mortalité, soit par l'emploi du Mickulicz, soit par des modifications techniques telles que la combinaison de la voie vagino-abdominale selon le procédé de Quénu et Duval ; Boquel publiait récemment dans sa thèse les résultats de son maître Mocquot : 53 cancers du col opérés par voie vagino-abdominale avec 4 décès, soit : 7,4 %.

Mais c'est l'association systématique du radium et du Wertheim, qui a permis à Taylor et Peightal d'opérer 37 malades sans un décès, et d'en avoir 44 % sans récurrence après 3 ans, et 31 % sans récurrence après 5 ans.

Robert Monod publie 95 cas, avec 4 décès (2 par infection, 2 par embolie) et 55,5 % de guérisons datant de 3 à 10 ans. Il répond dans la thèse de Dubroca aux objections faites au radium.

Le radium ne fait de sclérose que sur les foyers néoplasiques détruits par rayonnement, et non au-delà.

Les pyométries et les annexites ne sont pas à craindre si on a pris la précaution de faire une dilatation suffisante du col, et de drainer l'utérus par un drain de Mouchotte s'il y a de la rétention.

Les métastases ne sont pas plus fréquentes que par tout autre traitement, puisqu'il n'y en a pas eu plus de 3 cas sur 103 malades traitées.

Enfin, le reproche fait au radium par Lavigne, d'exciter les cellules cancéreuses à la périphérie des lésions, apparaît à MM. Monod et Dubroca dû à l'emploi de doses trop fortes. Ils mettent en place une dose unique et massive (en 4 foyers : 3 vaginaux, 1 utérin), de 50 à 60 millicuries en moyenne. Ils opèrent six semaines à deux mois après. L'utilité de l'opération s'est trouvée justifiée 26 fois sur 76 par la persistance des cellules néoplasiques dans le paramètre. Leurs résultats confirment pleinement leur opinion, que le radium stérilise le col et le vagin, abaisse aussi la mortalité opératoire, et, d'autre part, en faisant fondre les lésions, il rend opérables des cas qui ne l'étaient pas.

Toute la question nous paraît être de savoir si, grâce à la stérilisation du col utérin par une application bien dosée de radium, on ne peut pas se contenter d'une opération vaginale, et obtenir d'aussi beaux résultats lointains, avec une mortalité opératoire beaucoup plus faible ?

Il suffit de choisir attentivement les cas.

1° *Dans les cancers à forme ulcéreuse*, avec paramètre légèrement induré, ou même d'une souplesse discutable, chez une femme encore jeune en bon état physique :

L'application de radium doit évidemment être suivie d'une opération de Wertheim, car elle seule peut permettre de vérifier paramètre et ganglions suspects.

2° *Mais dans les cancers à forme bourgeonnante et à évolution purement vaginale*, avec culs-de-sac souples, chez une femme dont la résistance physique paraît compromise, soit par un peu d'obésité, soit par son âge, soit par une constante d'Am bard un peu élevée, soit par de l'emphysème ou un passé de bronchite chronique :

Nous croyons, dans ces cas, *parce qu'on y est autorisé par l'état local, parce que cette conviction est renforcée par un doute sur la résistance de la malade* ; que l'opération par voie vaginale type Schauta ou Cunéo est préférable à l'opération de Wertheim.

Ces indications répondent sans doute à des nuances, mais, si l'on y prête attention, elles sont bien souvent réalisées en clinique.

Ce sont justement ces malades qui grèvent lourdement les meilleures statistiques des chirurgiens qui conservent une foi absolue dans le caractère indispensable de l'opération de Wertheim.

Von Toth apportait en 1929 une énorme statistique établie sur 19 ans : 406 cas d'opérations vaginales pour

cancer, dont 254 par le procédé de Schauta. Sur les 406, il y a eu 9 morts, soit 2,21 %. Dans le même temps 850 cas inopérables ou « limites » furent traités par le radium.

D'autre part, Cunéo et Picot estiment la mortalité de l'hystérectomie périnéale élargie de 4 à 5 %.

Le gros reproche qu'on peut faire à ces opérations, c'est de ne pas obéir à la grande loi de la chirurgie du cancer, qui est d'enlever en totalité le néoplasme et son territoire ganglionnaire.

Mais, est-il bien certain que beaucoup d'opérations dites de Wertheim ne méritent pas le même reproche ? Ne fait-on pas souvent sous ce nom une hystérectomie abdominale totale, au cours de laquelle on aperçoit l'uretère sur une certaine longueur ; ou d'autres fois, ne dissèque-t-on pas soigneusement cet uretère, en laissant au-dessous de lui une partie du paramètre qui l'entoure, et où le moindre coup de sonde cannelée fait saigner des veines difficiles à pincer.

La véritable hystérectomie totale élargie avec ablation anatomique et en un bloc des chaînes ganglionnaires et de la totalité du paramètre, telle que nous l'avons vu pratiquer magnifiquement par notre maître le Pr Grégoire est sans doute une opération très belle, mais qui ne satisfait pleinement l'esprit que lorsque l'on n'a rencontré qu'un minimum de lésions. Si l'uretère a été sculpté dans une gangue néoplasique, s'il existait des

ganglions iliaques externes, est-on jamais certain d'avoir tout enlevé ? Peut-on assurer que le relais ganglionnaire sus-jacent n'est pas pris ? Enfin, une infinité de canaux lymphatiques bourrés de cellules cancéreuses ont été ouverts, et on a toute chance d'avoir ensemencé le terrain derrière soi ; nous savons bien que l'emploi du bistouri diathermique pourrait y parer, mais peu de chirurgiens se sont encore décidés à s'en servir en ces régions.

Si l'on tient compte de ces arguments, on est moins tenté de reprocher à la voie vaginale le peu d'étendue de son exérèse.

L'opération de Schauta, grâce aux débridement vulvo-vaginal simple ou double (Stoeckel) ; l'opération de Cunéo par sa large périnéotomie, donnent un jour très convenable sur la face postérieure du paramètre, au point que, dans une de nos observations, l'opération a pu être faite au bistouri diathermique.

La voie vaginale n'a cependant pas la prétention d'être aussi logique et anatomique que la voie abdominale, et nous ne voulons pas dire qu'elle s'applique à un aussi grand nombre de cas. Ce serait la condamner d'emblée, que l'utiliser indistinctement pour tous les cancers du col opérables. Mais, nous nous demandons simplement, si les indications de l'opération de Wertheim ne diminueront pas de plus en plus, pour être réservées aux cas qui valent la peine d'un tel risque, c'est-à-dire

les cancers avec envahissement limité du paramètre, pour lesquels, après application de radium, on conserve un doute sur la stérilité du tissu cellulaire et des ganglions pelviens. Nous apportons 8 observations d'opérations de Schauta pour néoplasmes du col, dont 4 ont été d'abord soumis au radium et une observation d'opération de Cunéo. Leurs indications ont été tirées, soit de l'état local seul : limitation clinique des lésions au col, en particulier dans les formes bourgeonnantes ; soit de l'état local et de l'état général. En présence d'un envahissement léger du paramètre chez une malade obèse, âgée, ou à constante d'Ambard mauvaise, on n'a pas hésité à donner la préférence à la voie vaginale.

Les suites post-opératoires ont toujours été aussi simples que celle d'une appendicite à froid : aucun décès, aucune fistule post-opératoire n'ont été à déplorer. Dans un cas où l'un des culs-de-sac était moins souple que l'autre la guérison s'est maintenue depuis 2 ans.

Il manque évidemment à ces observations le nombre et le recul nécessaire pour avoir une valeur absolue. Telles qu'elles, elles nous ont cependant convaincu de la bénignité et de la sécurité de l'opération, même après une application massive de radium.

Obs. I. — Néoplasme du col, femme grasse : 1^o radium ; 2^o Schauta.

Mme M..., 50 ans.

Ménopause il y a 3 ans. Au mois d'octobre 1930 elle remarque des pertes rouges, peu abondantes, mais tachant son linge chaque jour.

Vue le 15 janvier 1931. Au toucher : gros col dont la lèvre postérieure est saillante et indurée ; le doigt ramène du sang. Culs-de-sacs souples.

Biopsie : épithélioma.

La malade est adipeuse, urée sanguine 0,57, constante d'Ambard : 0,235.

Application de radium.

Le 20 avril : col de volume normal, un peu sclérosé ; corps utérin parfaitement mobile.

La malade n'a plus aucune perte.

Urée sanguine 0,37. Mais la constante est encore élevée : 0,135, malgré le régime.

Le 25 avril : Anesthésie générale au Schleich. Opération de Schuëckardt-Schauta.

Débridement vulvo-vaginal. Dissection d'une collette vaginale de 5 cm. dans laquelle le col est enfermé par 3 points.

Le clivage est facile en arrière, plus délicat en avant où un tissu de sclérose unit la vessie à l'isthme utérin.

Les pédicules des vaisseaux du vagin et ceux des artères utérines sont liés facilement au catgut n^o 2. Ouverture

des culs-de-sacs, extraction du fond utérin et des annexes. Une pince à demeure est laissée sur chaque pédicule utéro-ovarien.

Suture du releveur et de la plaie périnéo-vulvaire.

Mickulicz avec 2 mèches.

Sonde vésicale.

Suites : Le 2^e jour, ablation des pinces à demeure et de l'une des mèches du Mickulicz.

Le 4^e jour, on enlève la 2^e mèche et la sonde à demeure.

Le 6^e jour, ablation du sac de Mickulicz. Lavement.

Lever le 18^e jour.

La courbe thermique est restée normale sauf le soir du 2^e jour où elle a atteint 38°.

A la sortie de la malade le 20^e jour le toucher montre une bonne sangle périnéale et au fond du vagin une cicatrice transversale fibreuse et solide.

Obs. II — Néoplasme du col à forme bourgeonnante.
Femme grasse : 1^o Radium ; 2^o Schauta. Pas de récurrence après 2 ans.

Mme Ang..., 50 ans, néo du col forme bourgeonnante, volumineux, *cul-de-sac libre partout sauf à droite*, où il est légèrement infiltré.

Confirmation par la biopsie (Pt ag. Noël).

Etat général médiocre, grosse femme, cœur mou, facilement essoufflée.

1° Application de radium, 5 février 1929. 1 tube de 20 mgr. dans le col et sur un pessaire, 1 tube de 20 mgr. dans le cul-de-sac droit. Durée d'application 6 jours. Application bien supportée.

La malade revue 20 jours après, l'état local est très bon. Le col est nettoyé, encore bourgeonnant, mais les pertes purulentes ont cessé. Désinfection vaginale méthodique par une application quotidienne de bouillon vaccin.

b) Hystérectomie totale élargie par le procédé de Schauta le 4 mai 1929. On enlève une grande partie du paramètre droit après séparation soigneuse de la vessie et des uretères. Résultat opératoire parfait. Revue plusieurs fois depuis. La dernière fois en février 1931, aucune récurrence.

Obs. III. — Néoplasme à forme ulcéreuse, 1° Radium ; 2° Schauta. Pas de récurrence après 3 ans.

Mme Bu..., 29 ans.

Depuis avril 1928 pertes rosées en dehors des règles. Rentre à la Clinique en juillet 1928.

A l'examen physique il s'agit d'un néo à forme ulcéreuse. L'examen histologique (Pr A. Noel) est le suivant : « l'aspect général est celui d'une métrite hyperplasique en pleine activité mais il existe dans un des fragments une métaplasie épidermoïde extrêmement nette avec présence de globes cornés. Cette constatation rend inutile la réserve de la pénétration éventuelle dans

la profondeur du muscle utérin, des tubes glandulaires, et permet de conclure en une métrite hyperplasique dégénérée en *un épithélioma cylindrique avec métaplasie épidermoïde* (épithélioma mixte).

Application de 20 milligrammes de bromure de radium filtré, intra-utérin, pendant 5 jours. Intervention 20 jours après. Désinsertion d'une longue collerette vaginale antérieure et postérieure. Fermeture, au niveau de cette collerette, de la paroi antérieure et postérieure du vagin. On mène ensuite l'intervention comme pour un Schauta typique.

Pincement des deux artères vaginales, puis des utérines qui sont liées séparément. Décollement facile en avant et en arrière après section première des ligaments utéro-sacrés. Trois pinces à demeure de chaque côté. Deux mèches imbibées de bouillon vaccin. Suites parfaites. Apyrétique. La malade vient nous voir tous les 4 à 5 mois. Aucune trace de récurrence.

Etat général parfait.

Obs. IV. — Néoplasme du col au début. Schauta. Guérison depuis 2 ans.

Mlle P..., âgée de 38 ans. Rentre à la Clinique le 9 avril 1929. Elle présente depuis quelque temps des règles abondantes et aussi des pertes de sang très discrètes après les règles.

A l'examen physique, ulcération du col sur la lèvre

antérieure, indurée, épithélioma confirmé par la biopsie. Le corps utérin est un peu gros. Désinfection vaginale pendant 4 ou 5 jours.

Hystérectomie vaginale par le procédé de Schauta, on enlève ainsi plus de deux travers de doigt de collerette vaginale autour du col. Pincés à demeure ; mèches.

L'examen de la pièce montre qu'il s'agit d'un épithélioma de la lèvre antérieure n'ayant pas dépassé celle-ci. Il existe un petit fibrome au niveau du fond de l'utérus (gros comme une noisette) qui s'énucle à la coupe.

Suites très simples. La température est restée normale. Revue plusieurs fois en très bon état de santé. Elle s'est mariée dernièrement.

Obs. V. — *Néo du col à forme bourgeonnante sans propagation. Schauta. Guérison depuis 15 mois.*

Mme G..., 39 ans. Néo du col à forme bourgeonnante sans propagation aux culs-de-sac.

Entre à la Clinique le 19 décembre 1929. Opérée le 3 janvier 1930, après préparation vaginale minutieuse. Opération de Schauta extrêmement facile. Pincés à demeure, mèches. L'examen anatomo-pathologique de la pièce montre qu'il s'agit d'un néo n'ayant pas dépassé les limites du col. Revue à plusieurs reprises, elle ne présente aucune récurrence.

Obs. VI. — *Néoplasme du col à forme bourgeonnante. 1° Radium ; 2° Schauta. Guérison depuis 18 mois.*

Mme J..., âgée de 45 ans.

Gros épithélioma bourgeonnant du col confirmé par la biopsie (Pr Noël).

Mauvais état général. Entre à la Clinique en août 1929, désinfection vaginale au bouillon vaccin.

Application de radium en septembre 1929. Un tube de 10 mm. intra-cervical, un tube de 20 mm. dans un pessaire dans le cul-de-sac latéral droit.

Durée 6 jours.

La malade revient un mois après, état local très satisfaisant. Col presque cicatrisé. Désinfection vaginale. Hystérectomie vaginale élargie par le procédé de Schauta et par section précoce des ligaments utéro-sacrés. Pincés à demeure ; mèches.

La malade est revenue nous voir le 18 mars 1931, aucune récurrence, elle a un excellent état général.

Obs. VII. — *Néoplasme du col à forme bourgeonnante. Opération de Schauta au bistouri diathermique.*

Mme C..., 37 ans. Hémorragie utérine très abondante depuis 4 à 5 mois. Enorme néo du col avec culs-de-sac relativement libres.

Confirmé par la biopsie.

Désinfection vaginale. Hystérectomie vaginale élargie au bistouri diathermique. Suites très simples.

Nous la confions ensuite pour radiothérapie complémentaire à notre confrère le D^r Ginoux.

Actuellement très bon état local.

Obs. VIII. — *Néoplasme endo-cervical. Schauta. Guérison depuis 18 mois.*

Mlle Juliette R..., âgée de 28 ans. Néo du col à forme endo-cervicale, confirmé par la biopsie. Rien dans les culs-désac. Utérus très mobile.

Entre à la Clinique le 15 décembre 1929, opérée après désinfection vaginale le 17 décembre.

Hystérectomie vaginale élargie. Pincés à demeure, mèches imbibées de bouillon vaccin.

Suites normales ; revue à plusieurs reprises, ne présente pas de récurrence.

Obs. IX (D^r CHOMÉ). — *Hystérectomie périnéo-vaginale par le procédé de Cunéo pour néo végétant du col au début.*

Mme Ch..., 41 ans.

Anesthésie : raché.

Incision transversale du périnée.

Ouverture de l'espace recto-vaginal, décollement du vagin. Section de la paroi postérieure vaginale sur la ligne médiane.

Formation d'une collerette vaginale de 4 cm. environ.

Fermeture de la collerette par-dessus le col.

Décollement de la vessie : facile sur la ligne médiane, très difficile au niveau des cornes vésicales.

Ligature des pédicules vaginaux ; les utérines sont dénudées au niveau de la crosse et ligaturées. Du côté gauche on voit l'uretère. Du côté droit on ne le voit pas.

Ouverture du cul-de-sac vésico-utérin.

Bascule de l'utérus. Pincement et ligature des pédicules supérieurs *au-dessous des annexes qui sont laissées en place.*

Ligature des ligaments utéro-sacrés.

L'utérus est enlevé. Fermeture du péritoine.

Les pédicules sont pris *au-dessous* du péritoine.

Suture du vagin.

Mise en place de 2 mèches dans les paramètres.

Suture du périnée.

Sonde vésicale.

Suites opératoires :

Pas de choc.

Température normale.

Aucun trouble vésical.

Légère désunion du périnée qui est réparée le 15^e jour.

La malade quitte le service le 25^e jour en bon état.

II. — Les suppurations pelviennes

Lorsqu'il en vient à parler de cette indication, von Toth s'arrête et dit « Nunc Venimus ad fortissimum ! » Il publie néanmoins 105 cas avec 2 morts, 2 hémorragies, 3 fistules intestinales, et 2 laparotomies supplémentaires pour déchirures intestinales irréparables par en bas. Cela fait un total de 9 accidents dont 2 mortels, entre les mains d'un chirurgien extrêmement entraîné à ces opérations.

Déjà Baillis, dans sa thèse de 1929, avait insisté sur la rareté avec laquelle il fallait les pratiquer. Nous sommes tombés d'accord avec lui pour reconnaître à propos des indications formelles de la voie vaginale certains cas bien définis. Ce sont les suppurations pelviennes ouvertes par colpotomie et pour lesquelles le drainage se montre insuffisant, la fièvre persiste, tandis que l'état général s'altère profondément, au point de rendre dangereux le choc opératoire d'une laparotomie. Acceptons cette indication, en convenant de deux choses : c'est que de tels échecs d'une colpotomie bien faite et bien surveillée sont très rares, et c'est, d'autre part, que

l'indication de la voie vaginale découle davantage de la cachexie et faiblesse extrêmes de la malade, plutôt que du caractère anatomique local des lésions.

En effet, chaque particularité de celles-ci devrait faire rejeter leur abord vaginal : l'impossibilité d'abaisser l'utérus, la difficulté extrême de voir où on en est, de faire une hémostase précise, d'éviter la blessure du rectum, de la vessie, de l'intestin,

Aussi, disions-nous plus haut que, lorsqu'on était *obligé par l'état général* à faire de telles interventions, il fallait les faire le plus économiquement possible, n'enlever que l'utérus, *ou seulement une partie de celui-ci*, effondrer au doigt les poches purulentes non encore ouvertes ; en un mot se contenter d'une opération de drainage.

En dehors de ces très rares indications, nous pensons que la voie vaginale pour suppuration des annexes et du paramètre comme pour les fibromes d'un certain volume est une chirurgie archaïque. Sans doute, elle a pu rendre d'immenses services dans un temps où la pratique de l'asepsie rigoureuse, l'art d'aborder clairement un petit bassin par la position déclive et de protéger soigneusement l'intestin, n'étaient pas encore au point de perfectionnement qu'ils ont atteint depuis longtemps.

Les avantages que la voie vaginale pourrait présenter aujourd'hui (de large drainage déclive et de

minimum de choc) sont largement contrebalancés par ses inconvénients.

Les suppurations pelviennes réunissent en effet à leurs plus hauts degrés tous les reproches qu'on a pu faire à l'hystérectomie vaginale :

— *opération très difficile et qui se passe au fond d'un puits* : en effet, l'utérus est fixé, ne descend pas et laisse à peine reconnaître son contour.

— *opération aveugle* : en effet, les adhérences que contractent les poches inflammatoires avec la vessie, le rectum, l'intestin, donnent le maximum de chance de blesser ces organes, et surtout de ne pas pouvoir, aisément, vérifier leur état et réparer leur blessure.

— *opération sans sécurité au point de vue de l'hémostase* : en effet, les pinces sont mises sur des tissus friables et exposées au lâchage ; la moindre faute est extrêmement difficile à réparer.

Toutes ces raisons nous paraissent limiter à l'extrême la pratique de la voie vaginale dans les suppurations pelviennes.

Elle est aujourd'hui aussi périmée que les laborieuses extirpations de fibromes par morcellement. Elle ne garde qu'une indication exceptionnelle, tirée de la gravité de l'état général, et l'on doit alors se contenter d'une intervention de fortune, destinée à élargir le drainage, « à faire sauter la bonde », suivant l'expression de Péan,

III.— L'infection puerpérale

Nous ne voulons évidemment pas envisager le traitement de l'infection puerpérale, mais seulement discuter le choix de la voie dans les rares cas où l'hystérectomie est indiquée.

Comme l'a montré le P^r Jeannin, l'infection puerpérale n'est pas « une », ni même « une maladie particulière, plus ou moins semblable à elle-même, sous des apparences cliniques variables ».

Dans son rapport au Congrès de Québec en 1928, il écrivait « Si l'on interroge l'étiologie, il n'y a pas unité de cause, et c'est par abus de langage que l'on a pu dire à une époque, que le streptocoque était le microbe de la fièvre puerpérale. Son rôle est immense, c'est entendu, il prime tous les autres. Il n'en est pas moins vrai que, près de lui, il faut faire place, et très large, tant aux autres pyogènes qu'aux anaérobies. La clinique d'ailleurs s'élève contre cette conception unitaire, en nous montrant une multiplicité de cas qui n'ont vraiment de commun que ce seul fait d'apparaître à l'occa-

sion de l'évacuation à terme ou avant terme de l'organe gestateur. Cette conception unitaire a été une erreur malheureusement féconde en résultats. C'est à elle, en effet, qu'il faut rapporter la conception de l'unité de traitement... véritable aberration thérapeutique ».

On trouve, en effet, dans les traités classiques, ou sous la plume de chirurgiens les plus notoires, que l'hystérectomie vaginale est la ressource ultime des formes graves de l'infection puerpérale.

Plusieurs distinctions s'imposent, qui vont au contraire nous permettre de soutenir que les indications de l'hystérectomie, et plus encore de l'hystérectomie vaginale, ne s'appliquent qu'à un très petit nombre de cas, et que ces cas doivent être bien définis.

La première distinction est de séparer les infections *post partum* des infections *post abortum*.

La seconde est d'envisager chaque forme pour laquelle l'hystérectomie a été proposée, pour pouvoir comparer les avantages respectifs des deux modes d'exérèse.

a) *Infection post-partum.*

L'hystérectomie a été proposée :

- pour les métrites parenchymateuses suppurées ;
- pour les formes hémorragiques de l'infection utérine ;
- pour les péritonites généralisées ;
- pour les formes septico-pyohémiques et septicémiques.

Or, une notion anotomo-pathologique réunit toutes ces affections ; c'est que l'utérus est de consistance molle, friable à l'extrême, aussi facile à déchirer qu'un buvard mouillé ; tous les opérateurs qui l'ont enlevé par la voie vaginale ont insisté sur les difficultés techniques qui en résultent, et conseillent de rejeter les pinces de Museux pour n'employer que de longues pinces à kyste à large mors. Nous pensons que, malgré ces précautions, l'opération est toujours très délicate ; c'est à peine si le volume de l'utérus permettrait de l'extraire en un bloc, même si sa consistance était normale ; chaque pince arrache le morceau de tissu sur lequel elle a été placée ; les pinces mises sur les pédicules courent le risque de lâcher pour la même raison ; en somme opération pénible et sans sécurité.

A ces reproches, il faut en ajouter un autre qui vise plus particulièrement les formes septico-pyohémiques de l'infection puerpérale. On sait bien aujourd'hui qu'elle correspondent à des lésions des veines du petit bassin, à des thrombo-phlébites suppurées qui peuvent s'étendre sur toute la longueur du plexus veineux utéro-ovarien, ou remonter de la veine hypogastrique jusqu'à la veine iliaque primitive et à la partie basse de la veine cave inférieure. De nombreuses observations de guérisons ont été publiées à la suite de ligatures ou d'extirpations du paquet veineux. M. Chomé notamment en a rapporté 10 cas avec 7 guérisons. C'est donc une des

manifestations de la fièvre puerpérale sur laquelle la chirurgie a aujourd'hui le plus d'action, et, ce serait se condamner à ne pas se servir d'un acte souvent plus efficace que l'hystérectomie elle-même, que de s'entêter dans la voie vaginale.

Ainsi, à cause de ses difficultés techniques et des dangers qui en résultent quant à la dissémination de l'infection et à la sécurité de l'hémostase ; à cause de l'utilité incontestable qu'il ya à vérifier les veines du pelvis, nous croyons que l'hystérectomie vaginale est une mauvaise intervention dans l'infection puerpérale *post partum*.

b) Infection post abortum :

Les réserves que nous venons de faire s'appliquent encore à une grande partie des infections après l'avortement.

- L'hystérectomie a été proposée :

1° Lorsqu'après un curage ou un curettage bien fait la fièvre reste élevée. Lors de la discussion de 1924 à la Société de Chirurgie M. J. L. Faure a rallié la majorité des suffrages sur cette indication, qui reste cependant assez empirique.

2° Dans les péritonites généralisées ;

3° Dans les formes septicémiques ;

4° Dans les formes septico-pyohémiques ;

5° Dans certaines formes de pyométrie ;

6° Dans certaines perforations utérines.

Dans les formes septicémiques, MM. J.-L. Faure, Auvray, Cadenat, Douay, Cotte, Potvin ont défendu cette indication ; les résultats qui ont été publiés ne sont cependant pas plus encourageants que ceux obtenus grâce à d'autres méthodes. La maladie est en effet plus générale que locale, comme en témoigne la grande fréquence des hémocultures positives dans ces cas. De beaux succès isolés ont été publiés, obtenus par une infinité de traitements : les arsénobenzols, la sérothérapie, l'immuno-transfusion, le sérum de convalescent dont le Pr Jeannin a observé deux exemples après hémoculture positive. Pour l'un d'eux, il s'agissait d'un streptocoque fortement hémolytique.

Il faut bien avouer qu'avec n'importe quel moyen, la mortalité de ces formes oscille autour de 80 %, et que l'hystérectomie, même vaginale, n'a pas fait mieux que les autres.

Dans les formes septico-pyohémiques, nous retrouvons, contre la voie vaginale, la même objection majeure de l'utilité d'une vérification des veines du pelvis.

Dans les péritonites généralisées, la voie vaginale pourrait à la rigueur être préférée à cause du moindre choc et du drainage large et déclive, à la condition formelle que la consistance, la mobilité et le volume de l'utérus s'y prêtent sans difficulté.

Nous avons eu récemment, avec notre ami Laffaille,

dans le service de notre Maître le Dr Lardennois, à faire une hystérectomie pour péritonite généralisée après un avortement de 3 mois : l'utérus était du volume de deux poings, mais d'une mollesse extrême, ce qui nous a engagés à rejeter la voie basse.

Enfin dans les *pyométries* ou métrite parenchymateuse suppurée, il suffit de considérer l'aspect des lésions, la multiplicité des abcès du corps utérin, leur situation fréquente immédiatement au-dessous du péritoine, pour convenir qu'il faut, pour enlever d'un bloc l'organe septique, une douceur de manœuvre qu'on ne peut pas espérer par voie vaginale.

Dans les *perforations utérines* faites au cours d'un curettage, nous trouvons enfin une indication acceptable de l'hystérectomie vaginale.

Beaucoup de gynécologues admettent, que, lorsque la perforation survient au cours d'un curettage pour rétention placentaire non fébrile et sans signes d'infection, on est en droit de temporiser avec de la glace sur le ventre et une surveillance étroite ; mais les perforations sont rares dans ces cas.

Tandis que la perforation de certains utérus mous et à parois friables, au cours d'une rétention septique, est assez fréquente et impose l'hystérectomie d'urgence qui peut alors être parfaitement pratiquée par voie vaginale.

En résumé, nous croyons que les indications de la

voie basse sont extrêmement restreintes au cours des accidents de l'infection puerpérale. A rejeter en bloc dans ceux qui suivent le post partum, ils sont extrêmement discutables dans ceux qui succèdent à un avortement.

Deux cas seulement nous paraissent des indications utiles et préférables :

— l'ablation d'un utérus septique que l'on vient de perforer au cours d'un curettage ;

— l'hystérectomie vaginale au lendemain d'un curettage pour un état fébrile grave et qui n'a pas été amélioré par celui-ci. Encore faut-il convenir qu'il s'agit d'une indication difficile à poser, déterminée davantage par une impression de danger imminent (J.-L. Faure), que par un diagnostic précis.

IV. — Chorio-épithéliomes

La plupart des gynécologues préfèrent intervenir par voie abdominale, ceci pour plusieurs raisons : si l'utérus est gros on évite le morcellement auquel on pourrait être obligé par le vagin ; et surtout, connaissant l'association fréquente de kystes lutéiniques des ovaires, ainsi que la tendance des cellules syncytiales à se propager par les vaisseaux, il y a le plus grand intérêt à avoir un large jour.

Cependant il est certaines conditions où l'hystérectomie vaginale a été discutée.

1° *Lorsqu'il existe des métastases vaginales*, si particulières à cette affection, la voie basse est plus facile.

Pollosson a publié un cas où une colpohystérectomie enlevant en un bloc les noyaux vaginaux et utérins lui a donné un succès.

2° *Lorsqu'il y a infection de la tumeur maligne.* — Trillat et Violet ont réuni 57 hystérectomies vaginales contre 6 abdominales. Récemment M. Douay

apportait l'observation d'un avortement molaire de 4 mois ; malgré une curetage, un chorio-épithéliome se développait 2 mois après ; une nouvelle exploration endo-utérine confirmait le diagnostic. Lorsqu'il fut amené à intervenir, la malade était anémiée par des hémorragies successives et présentait les signes d'une infection grave à forme septicémique : frissons répétés, température à 40°, facies terreux, pouls imperceptible, l'utérus était en rétroversion et il s'en écoulait un liquide sanieux, d'odeur putride. Sur le conseil de M. J. L. Faure, M. Douay fit une hystérectomie vaginale par le procédé d'hémisection antérieure de Doyen. La guérison de la malade s'est maintenue depuis 4 ans.

De nombreux cas, qui doivent faire l'objet d'un travail de notre collègue Merger, ont été observés dans le service du P^r Jeannin ; ils ont tous été enlevés par voie abdominale et il existait, plusieurs fois, des lésions ovariennes qui auraient rendu la voie vaginale très difficile. Aussi il semble bien qu'elle ne conserve plus aujourd'hui que de très rares indications tirées de l'état général ou de l'anémie extrême des malades.

V. — L'hystérectomie vaginale faite pour des raisons d'esthétique

Il est bien évident que la voie vaginale est la meilleure des incisions dites esthétiques. Lorsqu'une jeune femme le réclame, les indications peuvent être élargies jusqu'aux limites des facilités opératoires, et celles-ci sont fonctions du volume et de la mobilité de l'utérus. M. Delaunay, élève de Pëan, nous a dit avoir réussi plusieurs fois, sans aucune gêne, des opérations sur les annexes avec conservation de l'utérus ; il a pu enlever de petits kystes de l'ovaire, ou des annexes malades d'un seul côté ; il a pu faire des résections partielles ou des cautérisations de l'ovaire.

A condition d'être entraîné à la voie vaginale, elle comporte donc quelquefois, et sans risquer la moindre imprudence, un avantage qui n'est pas négligeable, celui de faire plaisir à ses malades.

TECHNIQUES

Telle qu'elle est sortie de l'intuition géniale de Récamier, l'hystérectomie vaginale est passée, depuis, par tant de mains et d'imaginations, qu'il faudrait un gros livre pour retracer seulement son histoire. Avant d'avancer avec sécurité le nom qui s'attache à tel geste, il faudrait faire revivre les polémiques ardentes auxquelles il a donné lieu.

Il faut bien rappeler cependant que Récamier, en 1829, avait conseillé « de poser des ligatures avant la section des ligaments de la matrice, ou de ne lier que la partie inférieure du ligament large, c'est-à-dire l'artère utérine », il s'agissait d'un cancer du col et son opérée guérit.

Le premier, il avait vu et évité l'écueil dont on devait se préoccuper sans cesse : l'hémorragie. Les chirurgiens allemands qui l'ont faite à la même époque, Sauter, Blundell, ne s'en étaient point inquiétés, non plus que Langenbeck qui, en 1813, faisait une hystérectomie incomplète pour prolapsus. Hormis le cas de Récamier, les malades mouraient d'hémorragie, et pendant 50 ans l'hystérectomie vaginale fut abandonnée. Elle réapparut, comme bien d'autres opérations, en revenant d'Alle-

magne où Czerny, Billroth, Schede, l'avaient adoptée, et pratiquaient, à l'exemple de Récamier, la ligature préventive en étau des ligaments larges.

Mais trois chirurgiens français en rapatrièrent la technique : Péan, E. Quénu et Doyen ; chacun la marqua du sceau de son génie propre, et ainsi grandit l'opération méthodique aux multiples ressources qui peut rendre encore de si grands services.

Aussi n'y a-t-il pas « une » mais des techniques de l'hystérectomie vaginale, et nous devons nous féliciter de cette diversité puisque, née de la solution successive d'une série de difficultés, elle aboutit à nous offrir, pour chaque cas, la technique la plus favorable.

Nous étudierons :

- 1° Les conditions anatomiques de l'opération ;
 - 2° Les principes ;
 - 3° Les méthodes qui seront envisagées, selon qu'elles doivent viser à traiter :
 - des cas faciles ;
 - des cas difficiles ;
 - des cas particuliers.
 - 4° Les soins pré et post-opératoires.
-

I — LES CONDITIONS ANATOMIQUES

Trois rapports sont importants. Ceux des trois organes qui peuvent être blessés :

La vessie ;

Les uretères ;

Le rectum.

La vessie.

Elle répond à l'isthme utérin, à la portion sus-vaginale du col et au cul-de-sac vaginal.

Chez la nullipare, elle en est séparée par une lame cellulo-fibreuse, la cloison vésico-utérine et vésico-vaginale, dans laquelle cheminent des artérioles et de nombreuses veines vésico-utérines. Mais, sur la ligne médiane, il existe une zone avasculaire, où doit être amorcé le décollement.

Chez la multipare, le décollement est facilité par la consistance plus lâche de la zone cellulo-fibreuse, et surtout par le fait que le cul-de-sac péritonéal descend

sur la face antérieure de l'isthme et d'une partie du col utérin. M. Demelin a montré que, chez les grandes multipares, ou au début d'une grossesse, il pouvait même venir recouvrir le cul-de-sac vaginal antérieur qu'il a appelé, alors, Douglas vésico-vaginal.

L'uretère.

Il peut être blessé en deux endroits : dans la base des ligaments larges, ou au niveau de son trajet pré-ligamentaire, immédiatement avant de se jeter dans la vessie.

1° *Dans la base des ligaments larges* il croise la face postérieure de l'utérine, et celle-ci forme souvent une boucle qui peut entourer presque complètement l'uretère. Le point de ce croisement est à 15 ou 20 m/m. du bord latéral de l'isthme utérin, et à 20 m/m. au-dessus et en dehors du cul-de-sac latéral du vagin. D'autres vaisseaux se trouvent à ce niveau ; en arrière, l'artère vaginale longue et le pédicule veineux utérin postérieur qui reçoit le gros tronc des veines vaginales postérieures ; en avant, le pédicule veineux utérin antérieur, préurétérique, qui reçoit le petit tronc veineux des veines vaginales antérieures (Farabeuf-Descomps).

Pour éviter de blesser l'uretère en faisant l'hémostase de ces nombreux vaisseaux, Descomps a montré, par un schéma classique, qu'il suffisait, après avoir décollé la vessie et l'avoir maintenue par une valve, de tirer for-

tement l'utérus en bas. La conséquence de cette traction est que l'utérine cravate l'uretère par arrière, le repousse en dehors, et vient décrire au-dessous de lui une large boucle, où on la saisit facilement ;

2° *Dans son trajet préligamentaire*, c'est-à-dire au-delà du ligament large, l'uretère, accompagné du pédicule vésico-vaginal, chemine obliquement en avant et en dedans, à 15 m/m. du cul-de-sac latéral du vagin, puis contre le cul-de-sac vaginal antérieur. Il est, là, dans la partie la plus externe de la cloison fibreuse vésico-vaginale.

Pour éviter de blesser l'uretère dans le clivage de cette cloison, il faut donc toujours commencer par la ligne médiane, et continuer le décollement latéral le plus loin possible, à l'aide d'une compresse montée.

Au cours de l'opération de Schauta ou de Cunéo, le décollement latéral très poussé permettra d'apercevoir les uretères : une valve les protégera, ainsi que la vessie, et une forte traction sur l'utérus exposera une large portion du paramètre, sur lequel on pourra placer sans danger des pinces ou des ligatures.

Le rectum.

Il ne court aucun risque dans l'hystérectomie vaginale typique, puisqu'il est séparé de l'utérus et de la partie haute du vagin par le cul-de-sac de Douglas. Les ligaments utéro-sacrés rétrécissent le fond de ce cul-de-sac,

au point d'en faire une cavité virtuelle, dans laquelle ne descendent pas les anses intestinales. C'est pourquoi Doyen conseillait pour les hystérectomies difficiles de commencer l'opération par l'ouverture du cul-de-sac recto-vaginal.

Les colpohystérectomies, au contraire, comportent un temps de décollement de la cloison recto-vaginale. Ici, il faut adopter la méthode inverse de celle qui convient au clivage de la vessie ; on trouve plus facilement le bon plan de clivage en l'amorçant, non pas sur la ligne médiane car la cloison est dense, mais sur les côtés car la cloison est lâche

II. — LES PRINCIPES

1° *Avoir du jour* et pouvoir amener l'utérus le plus bas possible. L'idéal est que l'opération se passe à la vulve. Aussi, toutes les fois où cela est nécessaire, ne faut-il pas hésiter à faire un débridement vulvo-vaginal comme l'a proposé Chaput. A condition de suturer avec soin le segment de releveur sectionné, et de ne pas autoriser le lever avant le 18^e jour, cette conduite ne peut avoir aucun inconvénient pour la statique périnéale ; en tout cas, lorsque l'indication de la voie vaginale est formelle (femme grasse, etc...), il nous semble qu'il vaudrait mieux courir ce risque, que de s'exposer à commettre une lourde faute de technique en opérant au fond d'un trou obscur.

2° *Ne pas mettre les mains.* — Péan insistait beaucoup sur ce point. Il lui arrivait nous a dit son élève M. Delaunay, de faire des opérations longues et laborieuses sans avoir une goutte de sang sur les doigts. Bien que nous puissions nous mettre mieux à l'abrides

fautes d'asepsie que Péan, qui comme chacun sait, opérait en habit, nous croyons que le principe garde toute sa valeur. Les décollements à la main ou la mise en place de pinces sous la protection des doigts, sont des manœuvres à éviter ; elles exposent, soit à rompre brutalement une adhérence sans pouvoir vérifier l'état de l'organe adhérent, puisqu'il est aussitôt replongé dans le bassin par la main qui l'a décollé ; soit à prendre l'uretère, la vessie ou une anse grêle dans les mors d'une pince. *La chirurgie vaginale, aujourd'hui comme hier, tient tout entière dans cette idée : d'avancer pas à pas, d'attirer progressivement à soi l'utérus et les annexes, en plaçant des pinces successives sur des points reconnus par l'œil, et non par le toucher.*

C'est cette règle d'or qui a permis à Péan d'extraire sans accident par le vagin, des masses fibromateuses énormes, et des poches suppurées adhérentes de partout : ce qui était vrai pour ces exercices des temps héroïques l'est encore pour les indications modernes de la voie vaginale.

3° *L'hémostase.* — Les deux méthodes d'hémostase, par ligature, ou par pince à demeure, ont encore chacune leurs partisans ; nous croyons qu'elles ont surtout chacune leurs indications, créées par les possibilités opératoires.

La paternité de l'application méthodique des pinces à demeure a donné lieu à des discussions passionnées.

Il semble bien, qu'à la même époque, en 1882, Péan en France, et Spencer Wells, en Angleterre, l'aient utilisée. En 1885, Richelot l'érigea en principe, ce qui permit à Doyen de faire une mauvaise querelle à Péan : le 2^e Congrès de chirurgie (1886) retentit des revendications de celui-ci.

Mais le principe n'était pas tout. Un certain nombre de malades succombaient quand même d'hémorragie car les pinces à mors longs étaient souvent défectueuses, et leurs extrémités s'éloignaient l'une de l'autre à mesure qu'on serrait davantage. En 1887, Doyen réalisait un très grand progrès, en imaginant la pince à mors élastiques, légèrement concave sur le plat, et serrée par une puissante crémaillère, principe générateur de tous nos clamps actuels.

Quant à la méthode des ligatures, la paternité en revient sans conteste à Récamier, qui avait déjà fait remarquer que les fils devaient être serrés avant de couper les ligaments. C'est là, en effet, la meilleure garantie de sécurité, que beaucoup d'auteurs ont prétendu avoir inventé depuis.

Actuellement, Kennedý rejette toute ligature et dit que « si ce n'était l'emploi des clamps, il ne ferait pas d'hystérectomies vaginales ».

Von Toth, Stœckel, Raymond Petit, affirment au contraire mettre toujours des ligatures au cours des hystérectomies vaginales.

Chuéco va plus loin ; il reproche aux clamps et aux ligatures des moignons, telles qu'elles sont faites par chacun, de créer des points de sphacèle, de suppuration, et d'adhérences. Il propose de couper le ligament large sur un clamp, et d'en assurer l'hémostase par un surjet conduit sur sa section.

A la vérité, ces principes nous paraissent énoncés avec beaucoup de rigidité, pour une opération où la règle est bien seulement de faire ce qu'on peut, et du mieux que l'on peut.

Il est certain que toutes les fois que les pédicules utérins et utéro-ovariens présentent assez de netteté et de mobilité, il est préférable de les couper, après les avoir liés par un fil passé en plein tissu et serré de chaque côté.

Mais cette conduite idéale n'est pas applicable lorsque les pédicules ne sont pas bien isolés, lorsqu'ils sont friables, lorsqu'ils sont impossibles à extérioriser, et obligeraient à placer des ligatures incertaines à bout de doigt. La mise en place de clamps à demeure pour 48 heures représente, alors, la méthode de sécurité indiscutable.

4° *Conduite à tenir vis-à-vis du péritoine. Fermeture ou drainage ?* Péan ne fermait jamais le péritoine. Doyen eut le premier l'idée, dans le cas où l'opération avait été simple, et où un drainage large n'était pas nécessaire, de réunir par un point en U chacune des

lèvres du péritoine qui double la tranche de section du vagin. Depuis lors, de nombreux chirurgiens ont proposé de fermer complètement le péritoine et d'extérioriser les moignons de ligature en les fixant dans les angles vaginaux. Cette manière de faire présente le gros avantage de reconstituer le plancher péritonéal du bassin, et d'éviter les adhérences post-opératoires, qui sont un des reproches les plus mérités qu'on ait fait à la voie vaginale. Or, pour les cas faciles, c'est-à-dire ceux-là seuls où nous croyons que l'hystérectomie vaginale soit le procédé de choix, cette péritonisation peut être réalisée aussi simplement qu'après une hystérectomie abdominale.

Ajoutons qu'elle peut l'être sans danger, puisque l'opération s'est passée hors du ventre et qu'il n'y a pas eu de manœuvres septiques. Au-dessous du plan péritonéal, ainsi rétabli, une mèche tassée contient la poussée abdominale.

Au contraire, dans les cas difficiles, c'est-à-dire lorsque le péritoine pelvien est friable et sans souplesse, ou lorsqu'on a été obligé de sectionner l'utérus, le procédé classique du large drainage doit être préféré. Un sac de Mickulicz bourré de plusieurs mèches sera laissé quatre jours au minimum, et décollé grâce à de petits lavages. Si le 9^e jour, on a la curiosité de faire un toucher vaginal on trouvera, à la place du dôme vaginal, une cicatrice transversale solide ; et, c'est une des constatations qui nous a le plus étonné, que la rapide

fermeture du large trou béant de la fin de l'opération au fond duquel on apercevait les anses intestinales. Les dangers d'occlusion sont beaucoup plus faibles qu'on ne l'imaginerait théoriquement, puisque la statistique de Von Toth portant sur 942 observations signale un seul cas d'iléus post-opératoire par adhérence intestinale.

III. — LES MÉTHODES

Il n'est pas d'opération pour laquelle une telle diversité de procédés nous soit offerte. Plutôt que d'entreprendre en détail les différentes techniques, nous nous contenterons d'étudier comment on peut choisir entre elles, et adapter leur diversité à la gamme des difficultés.

Celles-ci peuvent être ramenées à :

- des cas faciles ;
- des cas difficiles ;
- des cas particuliers.

1° Pour les cas faciles

Tous les procédés peuvent convenir, et les opérateurs les ont souvent adoptés selon l'habitude qu'ils en avaient.

Nous croyons cependant, qu'il faut s'en tenir à la technique la plus simple, c'est-à-dire celle qui évite l'ouverture de l'utérus. Elle est applicable surtout aux affec-

tions utérines chroniques d'après la ménopause (métrites hémorragiques, et métrites séniles suspectes, cancer du corps, polypes récidivants), ainsi qu'aux perforations d'utérus infectés ; la matrice est peu augmentée de volume, descend bien, et le vagin est assez large ; d'autre part, il y a tout intérêt à ne pas ouvrir, même après l'avoir nettoyé, un organe certainement septique.

Delaunay a décrit pour ces cas la technique qu'avait coutume de suivre son maître Péan. Elle comporte les temps suivants :

1° Le col est saisi avec deux pinces de Museux et abaissé ;

2° Incision circulaire du vagin à son point de réflexion sur le col ; de chaque côté une petite raquette latérale agrandit cette ouverture vaginale ;

3° Dissection et isolement du col aux ciseaux courbes, en rasant le tissu utérin aussi près que possible. En avant, dès que la dissection est amorcée, on place l'écarteur supérieur au-dessous de la base de la vessie.

La dissection doit être poussée le plus haut possible, en avant, en arrière, et latéralement, de façon à isoler le col comme un battant de cloche.

4° Ouverture des culs-de-sac, et mise en place des écarteurs antérieurs et postérieurs dans la cavité péritonéale ;

A ce moment, on peut, d'un mouvement de bascule imprimé à la valve antérieure, luxer le fond de l'utérus

en avant, et vérifier l'état des annexes entraînées à sa suite.

M. Delaunay a pu, chez des jeunes femmes qui refusaient l'incision abdominale, faire ainsi des extirpations unilatérales des annexes, remettre l'utérus en place, et terminer son opération conservatrice par la fermeture des culs-de-sac péritonéaux et vaginaux ; l'une de ces malades a eu dans la suite un accouchement normal.

5° Pincement de la base des ligaments larges ou ligature première sans pincements ;

6° Bascule du fond de l'utérus saisi avec une pince de Museux ;

7° Les annexes sont amenées l'une après l'autre, par traction douce, avec des pinces placées de proche en proche ;

8° Ligature du ligament rond et du pédicule utéro-ovarien gauche. Après leur section, l'utérus bascule à la gauche de l'opérateur, et l'on termine par la ligature des pédicules utérins, ovariens, et ligament rond du côté droit ;

Les fils de ligature ont été conservés, ils sont solidarisés entre eux de chaque côté. Les moignons, ainsi constitués, sont suturés aux angles de la brèche vaginale ;

9° Fermeture du péritoine par un surjet, en laissant les moignons de ligature extériorisés ;

Certains auteurs (Raymond Petit, Dartigues) ont proposé de réunir l'un à l'autre les fils des moignons

opposés, de manière à former une sangle au dessous du plancher péritonéal.

10° Hémostase de la tranche vaginale, et méchage du vagin.

C'est là, l'hystérectomie vaginale idéale; opération sans difficultés techniques particulières, de suites très simples, n'exposant ni aux accidents d'hémostase, ni aux adhérences. Si l'on se souvient du critérium majeur de nos indications, celui de la facilité, c'est elle qui sera le plus souvent utilisée.

Pellanda a proposé récemment une variante de cette opération : l'*hystérectomie vaginale subtotale*. Après avoir luxé l'utérus dans le vagin, il pratique l'incision de l'isthme et la ligature des utérines comme par la voie abdominale.

C'est une technique fort séduisante, qui a surtout l'intérêt de démontrer, qu'on peut se permettre par la voie vaginale beaucoup plus de luxe et d'originalité qu'on ne l'imagine habituellement. Hormis cela, nous avouons ne pas saisir nettement la supériorité de ce procédé, dont la difficulté est certainement plus grande, pour un avantage discutable.

2° Pour les cas difficiles

Les procédés opératoires nous offrent une étonnante variété.

Les difficultés peuvent tenir, soit à l'étroitesse du vagin, soit à la fixité de l'utérus, soit au volume de celui-ci.

a) Etroitesse du vagin

Elle nécessite un large débridement vulvo-vaginal selon la technique de Schuckardt; une incision en équerre part de la partie moyenne du vagin, à l'union de ces faces postérieures et latérales, et, à la vulve, se dirige obliquement en arrière et en dehors vers la face interne de l'ischion; elle mordra plus ou moins profondément sur le releveur. Stoeckel a proposé de faire cette incision de chaque côté, dans les cas qui nécessitent un grand jour.

b) Fixité de l'utérus

Toutes les fois où la fixité de l'utérus le gênait, Péan avait recours à ce qu'il appelait d'un terme général, le morcellement. Il sectionnait l'utérus de proche en proche, tantôt au niveau du col qu'il enlevait, tantôt au niveau d'une des faces, tantôt au niveau du fond.

Depuis lui, ces manœuvres qu'il pratiquait à la de-

mande des lésions rencontrées, ont été codifiées dans des descriptions précises, qui sont :

Le procédé de Doyen, ou hémisection antérieure. Il est surtout une variante des opérations faciles. Lorsqu'au cours de l'opération idéale dont nous avons rappelé plus haut la technique, on rencontre quelques difficultés à faire basculer l'utérus en avant, le mieux est d'avoir recours à cette manœuvre de l'hémisection, qui permettra, par l'application de pinces successives, d'attirer vers la vulve le fond de l'utérus.

Le procédé de Müller-Quénu, est celui qui rend les plus grands services lorsque l'utérus s'abaisse mal. Il consiste, après avoir décollé la vessie et le rectum, et les avoir protégés sous des valves, à sectionner verticalement, et sur la ligne médiane, les deux faces de l'utérus. On extrait alors chaque moitié de l'organe et les annexes qui lui adhèrent, en appliquant au besoin le conseil de Leguëu qui est de refouler vers le ventre l'une des moitiés, pour éviter d'encombrer le champ opératoire pendant qu'on extrait l'autre.

Il est enfin d'autres procédés, qui peuvent rendre service.

Pichevin conseille, lorsqu'après hémisection antérieure, on constate que le pincement des ligaments larges est impossible de haut en bas, « de placer les pinces de bas en haut sur le ligament large, de couper en dedans d'elles au fur et à mesure et d'exciser l'uté-

rus ainsi libéré ». *Les annexes sont laissées en place et enlevées ensuite.*

M. J. L. Faure a proposé une autre variante du procédé de Doyen : après hémisection antérieure on sectionne transversalement l'utérus et les ligaments larges, de façon à les diviser en un certain nombre de segments horizontaux faciles à pincer et surtout facile à lier.

c, **Fixité et excès de volume de l'utérus**

Il faut alors recourir à la *méthode du morcellement*. Méthode atypique, laborieuse, délicate, devant s'adapter à chaque cas particulier et qui ne comporte plus aujourd'hui que des indications fort rares.

Il existe une variété de morcellement qui peut être utilement appliquée aux cas de suppurations pelviennes pour lesquelles la colpotomie a été insuffisante. Ce sont les *hystérectomies partielles*. On peut en concevoir deux variétés (Baillis) :

La résection simple du col qui donne accès sur la base des ligaments larges.

La résection cunéiforme de la paroi postérieure du col de l'utérus et au besoin d'une petite partie du corps.

Ce sont là de simples élargissements d'une colpotomie, qui peuvent, par une intervention minime, assurer un excellent drainage.

3° Pour les cas particuliers

a) Les prolapsus

Il faut choisir entre deux procédés.

Le procédé de Pozzi. — L'utérus est enlevé d'une pièce ainsi que deux grands lambeaux antérieurs et postérieurs du vagin. Ces lambeaux sont taillés en triangles, dont les bases sont au col utérin. Leurs angles inférieurs sont près du méat urétral en avant, à mi hauteur du vagin en arrière.

Le procédé de Doyen. — Ouverture première du cul-de-sac de Douglas, bascule postérieure de l'utérus.

Dans l'un et l'autre procédé on peut, à l'exemple de Kennedy, mettre des clamps à demeure sur les ligaments larges, pour qu'ils aient un rôle de soutien sur les parois vésicales et rectales.

Nous croyons qu'on peut parfaitement mettre des fils de ligature sur les vaisseaux puisqu'on les a sous les yeux. La statique des organes pelviens sera assurée bien plus sûrement :

soit par une colpo-périnéorrhaphie si l'état des releveurs le permet ; soit par un méchage soigneux de l'entonnoir vaginal. Les mèches retirées progressivement favorisent la soudure par sclérose des deux faces de l'entonnoir vaginal et réalisent alors, comme dans l'opération de Lefort, une sangle fibreuse qui suffit à donner un résultat excellent,

B. — Le cancer du col.

Deux opérations analogues dans leurs principes peuvent être envisagées.

L'opération de Schuckardt-Schauta et l'opération de Cunéo-Picot.

Leur principe commun est l'ablation en vase clos du col utérin septique, enfermé dans une collerette du vagin et de la plus grande partie possible du paramètre.

Elles diffèrent par la manière de se donner du jour. La première y réussit par un débridement vulvo-vaginal uni ou bilatéral. La seconde utilise une périnéotomie transversale avec décollement de la cloison recto-vaginale sur toute sa hauteur.

Les Viennois sont restés fidèles à l'opération de Schauta, et von Thoth dit que, comme Peham et Holbau, il préfère se contenter d'une intervention limitée, sans pousser la dissection des uretères trop profondément ; il prétend avoir ainsi d'aussi bons résultats. Mortalité 2,21 %.

En France, peu de chirurgiens pratiquent l'opération de Cunéo-Picot. Elle est cependant supérieure au Schauta en ce sens qu'elle donne un jour considérable sur la face postérieure du paramètre sans compromettre la statique pelvienne comme la double incision vulvo-vaginale de Stoeckel.

SOINS PRÉ ET POST-OPÉRATOIRES

Soins pré-opératoires

Purgation la veille de l'opération. Lavement le matin même. Une pilule de 0,05 d'opium.

Pendant quelques jours, 3 grands lavages vaginaux quotidiens ; mise en place d'une mèche iodoformée ou formolée quelques heures avant d'amener la malade à la salle d'opération.

Pansement

Lorsqu'on a laissé des pinces à demeure elles devront être solidarisées et isolées des parois du vagin.

Le drainage est assuré au moyen d'un sac de Mickulicz bourré de 2 ou 3 mèches.

Sonde à demeure.

Les pinces sont largement entourées de coton cardé.

Dans son lit la malade doit avoir un coussin carré

sous le siège de manière à ce que les pinces ne touchent pas le drap, mais portent à faux, soutenues seulement par de la ouate. Sous les genoux on passe un long coussin.

Soins post-opératoires

Lorsqu'il y a des pinces à demeure elles sont enlevées au bout de 48 heures avec les précautions classiques d'ouvrir les mors, d'attendre 20 minutes, et d'enlever la pince largement ouverte, en lui imprimant de légers mouvements de torsion.

Le 4^e jour on enlève la sonde à demeure, et les mèches qui sont à l'intérieur du sac de Mickulicz.

Le sac sera doucement décollé par de petits lavages à l'eau oxygénée et tombera vers le 6^e jour. La malade sera ensuite lavementée et purgée.

Les lavages vaginaux peuvent être commencés le 8^e ou 9^e jour.

On autorisera le lever dès le 9^e jour, dans les cas où l'on a rien à craindre pour la statique périnéale. Sinon les malades se lèveront, comme après une périnéorraphie, c'est-à-dire le 18^e jour.

CONCLUSIONS

Au cours de cette étude critique des indications et des techniques de l'hystérectomie vaginale nous avons essayer de montrer :

1° Que la vieille querelle entre les « hystérectomistes » et les « laparotomistes » s'est terminée par une condamnation et un abandon exagéré d'une opération qui peut rendre encore les plus grands services.

2° Sans être en opposition avec l'hystérectomie abdominale, elle garde en effet de nombreuses indications.

a) *Les unes sont tirées de l'état général des malades :* les obèses, les cardiaques, les malades à constante d'Ambard élevée, les emphysémateuses ne peuvent supporter sans gros danger la position de Trendelenbourg et le choc opératoire inévitable d'une laparotomie ; la voie vaginale permet alors d'étendre le champ des possibilités chirurgicales. Dans ces cas où l'on se trouve

devant l'alternative : ne rien faire ou courir un très gros risque, elle offre une intervention bénigne, non choquante, de mortalité faible et dont les suites sont très simples.

b) *Les autres indications sont tirées de l'état local.*

Nous avons insisté sur le critérium qui doit présider aux choix de ces indications : *l'hystérectomie vaginale doit être facile ou ne pas être.*

3° Parmi les affections où la voie vaginale, facile et sans danger, doit être préférée à la voie abdominale nous avons étudié :

- les grands prolapsus utéro-vaginaux.
- certaines affections gynécologiques chroniques, chez des femmes ayant atteint 45 ans, telles :
- les métrites chroniques avec rétroversion douloureuses ;
- les métrorragies graves de la ménopause ;
- les utérus saignants après la ménopause (métrites hémorragiques, polypes récidivants, cancers du corps) ;
- certaines malformations acquises du col utérin.

Deux conditions engagent à l'ablation vaginale de ces utérus : *la résistance aux traitements médicaux et la crainte du cancer.*

Nous y avons ajouté.

— l'inversion utérine irréductible et datant de plusieurs jours.

4° Parmi les affections où la voie vaginale nous a paru plus discutable nous avons étudié :

— *les cancers du col utérin.*

Pour quelques cas bien déterminés de cancers à forme bourgeonnante, à évolution vaginale, avec intégrité des paramètres ; ou bien pour les cancers survenant chez des femmes ayant la moindre tare organique et qui grèvent lourdement les statistiques de l'opération de Wertheim, nous pensons que l'opération de Schauta ou de Cunéo-Picot, faite après une application de radium est extrêmement tentante. Nous en avons rapporté 9 observations.

— *les suppurations pelviennes*

nous paraissent mériter tous les reproches qu'on a fait à la voie vaginale, d'opérations extrêmement difficiles, et aveugles quant à la libération des adhérences viscérales et au contrôle de l'état de l'intestin après ces libérations.

Nous croyons qu'il ne reste que des cas très rares de suppurations persistantes, avec fièvre et cachexie, résistant à la colpotomie où la voie vaginale conserve quelques indications. Encore dans ces cas, donnons-nous

la préférence à ce qu'on a appelé les hystérectomies partielles, simple élargissement de la colpotomie.

les infections puerpérales.

Les mêmes reproches de difficultés opératoires sur des utérus friables, venant en lambeaux, et exposant à des hémorragies graves, nous font limiter les indications d'hystérectomies vaginales aux cas de perforations d'un utérus septique au cours d'un curetage.

Les chorio-épithéliomas.

La voie abdominale doit être préférée à cause de la nécessité d'une vérification de l'état des vaisseaux et surtout à cause de la fréquence des kystes lutéiniques ovariens associés.

La voie vaginale ne saurait être préférée que pour des raisons d'ordre général (anémie grave, septicémie), ou dans certains cas de métastases vaginales.

5° Au point de vue technique nous n'avons pas entrepris une étude détaillée des différents procédés mais nous nous sommes borné à étudier :

- les conditions anatomiques de l'opération ;
- les principes qui doivent la diriger ;
- les raisons du choix de la méthode opératoire.

a) aux cas faciles convient l'hystérectomie idéale de Péan-Delaunay, en y ajoutant la ligature des pédicules,

l'extériorisation de leurs moignons et la fermeture du péritoine.

b) aux cas où le vagin est étroit convient le débridement vulvo-vaginal de Chaput-Schuckardt.

c) aux cas où l'utérus bascule mal, convient le procédé de Doyen.

d) Aux cas très difficiles, l'opération de Muller-Quénu (avec les variantes de Legueu et de J.-L. Faure) et mise en place de pinces à demeure).

e) Enfin aux cas particuliers conviennent, pour les prolapsus la colpo-hystérectomie, pour les cancers du col, les opérations de Schauta ou de Cunéo-Picot.

Vu, le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu, le Président de la thèse
C. JEANNIN.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY



BIBLIOGRAPHIE

ADLER. — Inversion puerpérale aiguë (*The British medical Journal*, 3 janvier 1931).

AMREICH. — Contribution anatomique et technique à l'étude de l'hystérectomie vaginale élargie pour cancer (*Archiv. für Gynäcologie*, 13 octobre 1924).

AUVRAY. — Indications de l'hystérectomie dans les formes graves de l'infection puerpérale (*Bull. Soc. Chirurgie*, 1924, p. 825).

BAILLIS. — L'hystérectomie vaginale (*Journal médical français*, janvier 1930).

BAILLIS. — Les suppurations pélviques et leur traitement par l'hystérectomie vaginale (*Thèse de Paris*, 1929).

BAUER. — Étude comparative de la convalescence dans 150 cas d'hystérectomies vaginales, supravaginales et totales (*American J. of Obst. and Gyn.*, mai 1928, p. 680, 682).

J.-C. BLOCH. — L'hystérectomie périnéale (*Gaz. méd. de France*, 15 nov. 1930).

G. BLUM. — Hystérectomie vaginale. Procédé d'hémotase du Prof. Logothetopoulos (*Thèse de Paris*, 1929).

BONNET et BULLIARD. — La cancérisation des polypes (*Annales d'Anatomie pathologique*, n° 9, déc. 1930).

BOQUEL. — Colpohystérectomie élargie par voie combinée vagino-abdominale dans le cancer du col utérin (*Thèse de Paris*, 1930).

BROSSENS. — Hystérectomie vaginale pour inversion utérine irréductible (*Thèse de Paris*, 1894-95).

CADENAT. — Les indications de l'hystérectomie vaginale (*Presse médicale*, 1920, page 33 et *Concours médical*, 9 octobre 1921).

CHUECO. — Procédé opératoire pour l'hystérectomie vaginale (*Gynécologie et Obstétrique*, Paris, t. XII, n° 1, 1925).

CHUECO, FELDMANN et IMAZ. — Anesthésie locale pour hystérectomie vaginale (*Bull. Soc. Obst. et Gynécologie*, Paris, 17 déc. 1928, p. 499, 517).

COUDERT. — Les métrites séniles (*Journal de Médecine et de Chirurgie pratique*, juin 1921).

CUNÉO et PICOT. — Hystérectomie périnéale pour cancer du col utérin (*Pratique chirurgicale illustrée*, Doin F. IV et *Journal de Chirurgie*, 1921, n° 3, p. 193).

DELAUNAY (E.) — Technique de l'hystérectomie vaginale (*Paris chirurgical*, juillet-août septembre 1909).

DELBET (Paul). — Technique de l'hystérectomie vaginale pour fibrome (*Journal médical français*, 1908, p. 791).

DESNOYERS. — Indications de l'hystérectomie dans

l'infection puerpérale (*Bulletin médical*, 24 octobre 1928).

DÖDERLEIN et KRÖNIG. — Operative Gynäkologie, Leipzig, 1924.

DOUAY. — Chorio-épithéliome infecté ; hystérectomie vaginale, guérison après 4 ans (*Soc. d'Obst. et de Gynéco.*, Paris, 9 décembre 1929).

DOYEN. — Thérapeutique et technique chirurgicale.

DUBROCA. — Cancer du col. Association Radium et Chirurgie (*Thèse de Paris*, 1930).

DUJARIER et LARGET. — Colpectomie totale pour prolapsus complet des femmes âgées. Technique (*Journal de Chirurgie*, 1925, mars).

EHRENPREIS. — Hystérectomie vaginale élargie. Opération de Schuckardt-Schauta (*Thèse de Paris*, 1909-10).

J.-L. FAURE. — Les méfaits du curettage explorateur dans le cancer du corps de l'utérus (*Presse médicale*, 24 mai 1930).

J.-L. FAURE et SIREDEY. — Traité de Gynécologie.

FLECHTENMACHER. — Guérison d'un cas d'inversion utérine puerpérale datant de 8 ans par une opération vagino-abdominale (*Zentralblatt für Gynäkologie*, 27 déc. 1930, n° 52).

FORGUE et MASSABUAU. — Traité de Gynécologie (Le Dentu et Delbet).

FRESSON. — Traitement de l'inversion utérine (*Thèse de Paris*, 1902).

GARCIA GUERETA et CAMPUZANO CACHO. — Carcino-

méctomie par voie vaginale (*Archivas de Medecina, Cirugia y Especialidades*, Madrid, n° 1, 3 janvier 31).

GIRESSE. — Hystérectomie vaginale. Occlusion post-opératoire (*Thèse de Paris*, 1895-96).

GOMET. — L'hystérectomie vaginale en France (*Thèse de Paris*, 1885 86).

GOSSET et R. MONOD. — La part actuelle de la chirurgie dans le cancer de l'utérus (*Paris médical*, n° 7, 16 février 1924 et *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 2 mai 1923, n° 15).

GREEN-ABMYTAGE (B.) — Plaidoyer pour l'hystérectomie vaginale, ses indications et sa technique (150 cas) (*Indian Med. Gaz.*, novembre 1928, p. 613).

HEALY. — Traitement du cancer du col utérin (*An. of Surgery*, n° 1, Janvier 1931).

HORSLEY. — Indications et technique de l'hystérectomie vaginale (*Virginia. Med. Monthly*, avril 1930, p. 11).

INGLESSI. — Hystérectomie vaginale sans pinces (*Thèse de Paris*, 1902).

JEANNIN (C.). — Traitement des infections puerpérales (*Congrès de Gynécologie et d'Obstétrique*, Québec, 1928).

KENNEDY. — Hystérectomie vaginale et ses indications (*Am. Journal of Obst. and Gynec.*, avril 1927, n° 4, p. 506).

LAROYENNE. — De l'ablation par le vagin des annexes et de l'utérus enkystés dans une pelvi-péritonite (*Annales de Gynéc. et d'Obst.*, 1893, t. II, p. 5).

LENORMANT et PETIT-DUTAILLIS. — L'amputation haute

du col utérin combinée à la colpectomie dans le traitement des prolapsus génitaux (*Journal de Chirurgie*, 15 avril 1914, p. 423).

LEVELF. — L'envahissement des ganglions lymphatiques dans le cancer du col de l'utérus (*Société Chirurgie*, 1931, p. 662).

MALAPERT. — Hystérectomie vaginale. Manuel opératoire (*Thèse de Paris*, 1892-93).

R. MONOD. — Résultats thérapeutiques obtenus dans 75 cas de cancers cervico-utérins par l'association du radium et de la chirurgie (*Travaux de la Clinique chirurgicale de la Salpêtrière*, 2^e série, 1927).

MONTPLAISIR. — Indications de l'hystérectomie vaginale (*Thèse de Paris*, 1912-13).

MOULONGUET (A.). — Hystérectomie vaginale (*Archives provinciales de Chirurgie*, 5 mai 1897).

MURARD. — Inversion utérine, hystérectomie vaginale (*Soc. de Chirurgie*, 16 oct. 1929).

NECHITCH. — Hystérectomie périnéale par le procédé de Cunéo (*Thèse de Paris*, 1923).

NOEL. — Hystérectomie vaginale dans les suppurations pelviennes (*Thèse de Paris*, 1897-98).

PÉAN. — Traitement des suppurations d'origine utérine qui ont pour siège l'utérus et ses annexes (*Académie de médecine*, séance du 8 juillet 1890).

PÉAN. — Traitement des suppurations pelviennes (2^e Congrès international de Gynéc. et d'Obst., Genève, sept. 1896).

PÉAN. — Leçons de Clinique chirurgicale de l'Hôpital St-Louis.

PÉAN. — Deuxième Congrès de Chirurgie, 1886, p. 388 et suivantes.

PÉAN. — Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin.

PÉAN et SEGOND. — Du traitement des suppurations pelviennes (*1^{er} Congrès international de Gynéc. et d'Obst.*, Bruxelles, sept. 1892).

PEHAM et AMREICH. — Gynécologie opératoire. S. Karger, éditeur, Berlin, 1930

PELLANDA. — Hystérectomie vaginale subtotale (*Lyon surgical*, janv.-fév. 1929, p. 50).

PERATE. — Hystérectomie vaginale. Technique (*Thèse de Paris*, 1895-96).

PETIT (R.). — A propos de l'hystérectomie vaginale (*Société des Chirurgiens de Paris*, 4 nov. 1927).

POZZI. — Traité de Gynécologie.

QUÉNU (E.). — Annales de Gynécologie, T. XXXVII, mai 1892.

RICHARD (A.). — Indications modernes de l'hystérectomie vaginale (*La Médecine*, avril 1929, p. 302).

RICHELOT. — Hystérectomie vaginale avec pinces à demeure (*Académie de Médecine*. Séance du 13^e juillet 1886).

ROUVILLE (de). — Mes indications actuelles de l'hystérectomie vaginale (*Le Sud médical et chirurgical*, Marseille, 14 avril 1924 et *Gynécologie et Obstétrique*, n° 5, 1924).

SAMUEL. — Valeur de l'hystérectomie vaginale (*Zentralblatt für Gynäkologie*, 11 janvier 1930, p. 113).

SAVARIAUD. — Opération de Müller pour prolapsus (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, novembre 1906).

SEGOND. — De l'hystérectomie vaginale dans le traitement des suppurations pelviennes (*Annales de Gynécologie*, vol. XXXIX, p. 507).

Société des Chirurgiens de Paris. — Discussions à propos de l'hystérectomie vaginale, 1909 et 1927.

SPALDING (BAKER). — Hémostase dans l'hystérectomie vaginale pour prolapsus (*Am. J. of Obst. and Gynec.*, nov. 1926, p. 665, 13 figures).

STECKEL. — Sur la technique de l'opération radicale par voie vaginale dans le cancer du col (*Zentralblatt für Gynäkologie*, 27 déc. 1930, n° 52).

TAYLOR (H.-C.) et PEIGHTAL (TH.-C.). — Résultats finaux dans 201 cas de cancers du col (*The American Journal of Obst. and Gynec.*, sept. 1924).

TESSIER. — Hystérectomie vaginale sans pincés à demeure, procédé de Tuffier. Technique. Résultats (*Thèse de Paris*, 1897-98).

TOTH (von). — Indications, technique et résultats statistiques de l'hystérectomie vaginale (*Archiv. für Gynäk.*, 1929, p. 902 à 906 et *Zentralblatt für Gynäk.*, 7 septembre 1929).

VIOLET (H.). — Indications de l'hystérectomie vaginale (*Gynécologie*, juillet 1928, p. 394).

WERNER. — Extirpation vaginale bilatérale de l'utérus
et des annexes (*Surgery, Gynecology, and Obstetric*, sept.
1929, p. 362, et 2 févr. 1931, p. 233).

